

รายงานการวิจัย

การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6

โดย

น.พ.ทวี

ตั้งเสรี

พ.ญ.กนกวรรณ

กิตติวัฒนากุล

นางวัชณี

หัตถพนม

พ.ญ.ทัศนีย์

กุลณะพงศ์พันธ์

นางละเอียด

ปัญญาใหญ่

นางธีราพร

มณีนารถ

นางสุวดี

ศรีวิเศษ

นางภาวิณี

สถาพรธีระ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เลขทะเบียนงานวิจัย 050409
วันที่ 26 ก.ย. 2548
เลขเรียกหนังสือ 17.1-01-05.5
ที่ 1010 0504 9.4

ได้รับรางวัลที่ 3

ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต และการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน
ในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

รายงานการวิจัย การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
The Study of Effectiveness of Community Intervention for Disaster.

โดย	น.พ. ทวี	ตั้งเสรี
	พ.ญ. กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล
	นางวัชณี	หัตถพนม
	พ.ญ.ทัศนีย์	กุลจนะพงศ์พันธ์
	นางละเอียด	ปัญญาใหญ่
	นางธีราพร	มณีนาค
	นางสุวดี	ศรีวิเศษ
	นางภาวิณี	สถาพรธีระ

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ISBN 974 - 4653 - 94 - 9
พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 มกราคม 2547
จำนวน 200 เล่ม
พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถนนรื่นรมย์
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย
วิธีการศึกษา ได้ดำเนินการจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบอุทกภัยใน 5 จังหวัด ได้แก่
ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู จำนวน 846 คน โดยดำเนินการ 2 ระยะๆ
ที่ 1 ขณะประสบภาวะวิกฤตและระยะที่ 2 หลังน้ำลด ติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจโดยติดตามตามเกณฑ์
การเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงขึ้นไป แบบวัดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป
โรคทางจิตเวช ที่แพทย์ลงความเห็นว่าการเฝ้าระวังต่อเนื่อง ติดตามเฝ้าระวังภายหลังประสบอุทกภัย 1, 3
และ 6 เดือน จากนั้นยุติการเฝ้าระวังและส่งต่อให้พื้นที่ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในโครงการได้แก่ แบบวัด
ความเครียด และแบบวัดภาวะซึมเศร้า การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 - พฤษภาคม 2546
การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา ผู้ประสบอุทกภัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 เพศชาย ร้อยละ 31.8 ได้รับความเสียหาย จาก
น้ำท่วม ร้อยละ 96.8 ค่าความเสียหายอยู่ในช่วง 15,001 - 50,000 บาท ร้อยละ 44.9 เครียดสูง ร้อยละ 49.8
เครียดรุนแรง ร้อยละ 8.0 มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 1 ข้อ ขึ้นไป ร้อยละ 67.8 แพทย์วินิจฉัยโรค Anxiety disorder
ร้อยละ 29.2 Stress - related disorder ร้อยละ 22.8 แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ร้อยละ 82.6 ให้บริการ
การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 27.4 และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก
หลังประสบอุทกภัย 1 เดือน ได้จัดทีมสุขภาพจิตดูแลต่อเนื่องในพื้นที่เดิมโดยติดตามผู้ป่วย 188 คน (ตามเกณฑ์
การเฝ้าระวัง) มีผู้มาตามนัด 134 คน (คิดเป็น ร้อยละ 71.3) มีความเครียดสูง ร้อยละ 50.7 เครียดรุนแรง
ร้อยละ 8.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้ามี 1 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 67.2 บริการรักษาด้วยยาทั้งหมด ให้บริการปรึกษา
และคลายเครียด ร้อยละ 5.2 ติดตามเฝ้าระวัง 3 เดือนหลังประสบอุทกภัยโดยประสานงานเครือข่ายในพื้นที่
พบว่า ทั้งหมดยังคงดำเนินชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ 6 เดือนหลังประสบอุทกภัยได้ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
ครั้งสุดท้ายมีผู้มารับบริการ 142 คน (คิดเป็น ร้อยละ 75.5) มีความเครียดสูง ร้อยละ 30.3 เครียดรุนแรง
ร้อยละ 5.6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า 1 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 47.9 ให้บริการรักษาด้วยยาเกือบทุกราย ร้อยละ 96.5
ให้บริการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 8.4 ยุติบริการและส่งต่อผู้ป่วยให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ผลการ
ดำเนินงานในภาพรวมพบว่าผู้ประสบอุทกภัยที่ได้รับการบริการสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้

สรุป ได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยโดยสามารถจัดทีมสหวิชาชีพ ออกหน่วยบริการ
เคลื่อนที่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเรื่อง และมีขั้นตอนการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ด้วยแบบวัด
ความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนส่งแพทย์สั่งการรักษา ส่งต่อให้การปรึกษาและคลายเครียด ใน
รายที่มีปัญหา และส่งต่อให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่อง

Abstract

Title : The Study of Effectiveness of Community Intervention for Disaster.

Objective : To study the results of treatment and mental rehabilitation of the flood victims.

Methodology : The psychiatric team were assigned to intervention 846 persons of the flood victims in 5 provinces of Khonkaen, Kalasin, Nongkai, Nongbualamphoo and Udontani. The operation was done in 2 phases. The first was operated during the flood and the second was done to rehabilitate the victims after the flood. The surveillance criteria of the victims were followed up 1) high stress 2) the depressive assessment score were one or more items 3) the psychiatric diseases which were diagnosed to be continuously followed. The surveillance was done after one, three and six months of the flood. Then the victims were referred to the Primary Care Unit. The instruments used include the Stress Test and the Depressive Assessment. The gathering of data was done between September 2002 to May 2003. Descriptive statistics was used to analyze the data.

Result : 846 victims including 68.2 % females and 31.8 % males. The property was damage from the flood was 96.8 %. The cost of damage is around 15,001 - 50,000 baht 44.9 %. The flood victims have high stress 49.8% and 8.0 % have severe stress 67.8 % have one or more items of Depressive Assessment. According to the doctor's diagnosis, the victims got anxiety disorder of 29.2 % and stress-related disorder of 22.8 %. The treatments included medication, counselling and relaxation. The ones with more mental health problems were referred to the Primary Care Units. One month after the flood, the same psychiatric teams were assigned to the same areas including 188 patients (as the surveillance criteria), 134 appointees (71.3 %), those with high stress 50.7% , those with severe stress 8.2 %. The Depressive Assessment from includes 1 items or more 67.2 %. All are treated by medication, while 5.2 % were received counselling and relaxation. The surveillance after 3 months of flooding was done through the cooperation with the network of the local mental health personnel. It was found that all the victims can lead their lives in the communities as usual. 142 victims (75.5 %) turned up for the surveillance after 6 months. 30.3 % of whom got high stress and 5.6 % got severe stress. 47.9 % got 1 items or more of Depressive Assessment. Nearly everybody was treated with medication. 8.4 % were received counselling and relaxation and were referred to Primary Care Unit for continuous care in community. The result of this project the flood victims who got intervention can actually live in the community.

Conclusion : The model of operation are obtained to help the flood victims by sending out the multidisciplinary team within 24 hours after the incident. Moreover, the model of screening the victims with mental health problems using the Stress Test, the Depressive Assessment before being diagnosed by physician and referred the patients for more counselling and relaxation or referred to Primary Care Unit for continuous home health care.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้า รักษารักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 เป็นโครงการซึ่งได้รับงบประมาณการดำเนินการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2546 รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากร ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------------------------|
| 1. น.พ. จุมภฏ | พรมสีดา | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 |
| 2. น.พ. พีระ | พุทธิพร โอภาส | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 3. พ.ญ. สุภารัตน์ | พงษ์เมธา | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 4. น.พ. อธิชัย | นาคสมบูรณ์ | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |

ที่กรุณาเป็นหัวหน้าทีมในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตลอดจนบุคลากรจากกลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานทันตกรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และบุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 ซึ่งร่วมเป็นทีมสุขภาพจิตในการช่วยเหลือ บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ทุกครั้งที่มีการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้บริการในด้านการอำนวยความสะดวกและประสานงานผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการบำบัดรักษาจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทั้ง 5 จังหวัดในเขต 6 ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้วยดีจากเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ในจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคายและหนองบัวลำภู นอกจากนี้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเหล่านี้ ยังได้ให้ความช่วยเหลือในด้านการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ตลอดเวลาในช่วงการดำเนินงานตามโครงการ จึงทำให้โครงการนี้ประสบผลสำเร็จที่ดี ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้ตามปกติ ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลงได้ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ทวิ ตั้งเสรีและคณะ

30 มกราคม 2547

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ขอบเขตของการศึกษา	3
นิยามศัพท์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความหมายของอุบัติเหตุ	5
ประเภทของอุบัติเหตุ	7
ปฏิกิริยาต่อการเกิดอุบัติเหตุของบุคคล	8
ผลกระทบจากอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติ	11
ระบาควิทยาของความผิดปกติทางจิตเวชภายหลังประสบอุบัติเหตุ	19
การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
แนวคิดในการดำเนินงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ	31
แก่ผู้ประสบอุทกภัย	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	36
การดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	39
ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ขณะประสบเหตุการณ์	39
ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน	47
ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน	50
ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัย ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลัง ประสบเหตุการณ์	52
ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6	55
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน	58
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการศึกษา	63
อภิปรายผล	67
ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม	77
ภาคผนวก	83

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (n=846)	40
2. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัย (เฉพาะที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น) ในเขต 6 (n = 281)	41
3. จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 281)	43
4. การจัดลำดับความสำคัญต่อความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของผู้ประสบอุทกภัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	44
5. จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	45
6. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (n = 134)	48
7. จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาภายหลัง ประสบอุทกภัย 1 เดือน (n = 134)	49
8. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 142)	50
9. จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน (n = 142)	51
10. การเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย และภายหลังการประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน	52
11. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย และภายหลังการประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน	53
12. การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัยและ ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน	54
13. การเปรียบเทียบการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบอุทกภัยและภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน	55

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. สรุปกรอบแนวคิดเพื่อให้เข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ และทางร่างกายต่อการเกิดภัยพิบัติ	11
2. กรอบแนวคิดการดำเนินงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัย	33
3. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6	57

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาอุทกภัยเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีผลกระทบทั่วโลกมิใช่เกิดขึ้นแต่ในประเทศไทย เท่านั้น แม้แต่ทวีปยุโรป เอเชียใต้ จีนและอเมริกาก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เหตุการณ์น้ำท่วม ที่ได้รับความสนใจมากของทั่วโลก คือเหตุการณ์น้ำท่วมร้ายแรงที่สุดในรอบ 50 ปี ของสาธารณรัฐเช็ก และรุนแรงที่สุดในรอบ 100 กว่าปี ได้สร้างความเสียหายต่อโบราณสถาน ซึ่งเป็นจุดที่น่ารายได้ ด้านการท่องเที่ยวเข้าประเทศ อาคารบ้านเรือนที่สร้างเป็นแบบยุคกลางของยุโรปต้องจมอยู่ใต้น้ำ และเจ้าหน้าที่บรรเทาทุกข์ต้องเร่งมือเพื่อรักษาสะพานชาร์ลส ที่สร้างขึ้นในคริสต์ศตวรรษที่ 14 ซึ่งสะพานแห่งนี้ ถือว่าเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญที่สุดของประเทศ ประชาชนทั่วทั้งเมืองต้องตกอยู่ในสภาพตื่นตระหนก ประชาชนต่างแย่งซื้ออาหารมากักตุนกันอย่างบ้าคลั่ง เพราะไม่มีใครคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นอีก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้หลายคนคิดไปถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 นอกจากนี้ในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น เยอรมนี รัสเซีย ออสเตรีย ยังเกิดฝนตกหนัก ทำให้เกิดน้ำท่วมไปทั่วทวีปยุโรป มียอดผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงกว่า 1,700 คน ขณะที่ประชาชนต้องอพยพหนีน้ำออกจากพื้นที่อย่างรวดเร็ว อุทกภัยที่เกิดขึ้นในครั้งนั้นถือว่าร้ายแรงที่สุด ในรอบศตวรรษที่ผ่านมาในทวีปยุโรป ประชาชนจำนวนหนึ่งซึ่งเดินทางออกไปพักผ่อนยังต่างจังหวัด ต้องประสบปัญหาไม่สามารถเดินทางกลับบ้านได้ เนื่องจากเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาดอีกทั้งบ้านเมืองและรถยนต์จำนวนมากได้ถูกพายุพัดลงไปในทะเล โดยไม่สามารถนำกลับคืนมาได้ สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดอุทกภัยดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญหรือยูเอ็นพี มองว่ามีความเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์โลกร้อน ซึ่งเป็นผลมาจากการเผาผลาญเชื้อเพลิงฟอสซิล และการสะสมของก๊าซกรีนเฮาส์ (เนชั่นสุดสัปดาห์, 2544)

จากเหตุการณ์อุทกภัยที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในทวีปยุโรปเท่านั้น ในทวีปอเมริกา หรือเอเชีย ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน และมีคนตายไปหลายร้อยคนทำให้มีการพูดถึงสาเหตุของการเกิดอุทกภัยที่ผ่านมามี อาจเกิดจากฝีมือของมนุษย์เอง ไม่ใช่เรื่องของธรรมชาติ ซึ่งก็คือการที่มนุษย์ไปทำลายสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลต่อชั้นบรรยากาศของโลก ทำให้โลกร้อนขึ้นกว่าเดิม จึงเกิดภาวะที่เรียกว่าโลกร้อน หรือ global warming ซึ่งนำไปสู่น้ำท่วมโลกขึ้นมา ในขณะเดียวกันจะมีการประชุมใหญ่ระดับโลกว่าด้วย สิ่งแวดล้อม ของโลกที่เรียกว่า UN Earth Summit ที่เมืองโยฮันเนสเบิร์ก ของแอฟริกาใต้ มีตัวแทนเข้าร่วม ไม่นต่ำกว่า 50,000 คน เพื่อร่วมกันพูดถึงสิ่งแวดล้อมและความยากจน ตลอดจนการพัฒนาอย่างยั่งยืนของทุกประเทศทั่วโลก และคงจะหนีไม่พ้นที่อเมริกาจะต้องถูกกล่าวหาว่าเป็นตัวการที่ทำให้โลกร้อนขึ้นมา เพราะวอชิงตันไม่ยอมลงนามในข้อตกลงเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลกร้อนที่เรียกว่า Kyoto Protocol ซึ่งทำให้ประเทศยุโรปทั้งหลายเกิดความโกรธเคือง และเมื่อเกิดน้ำท่วมจึงพากันกล่าวโทษอเมริกาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กรุงเทพธุรกิจ, 2545)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปรากฏการณ์น้ำท่วมได้เริ่มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน เมื่อพิจารณาสถานการณ์อุทกภัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปี พ.ศ. 2544 โดยในปี พ.ศ. 2535 มีอุทกภัยเกิดขึ้นทั่วประเทศจำนวน 66 ครั้ง ไม่มีรายงานผู้บาดเจ็บ แต่มีรายงานการเสียชีวิต 16 ราย มูลค่าความเสียหาย 5,240.58 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2544 มีอุทกภัยเกิดขึ้นทั่วประเทศไทยเพียง 14 ครั้ง ซึ่งมีจำนวนครั้งน้อยกว่าการเกิดอุทกภัยในปี พ.ศ. 2535 ถึง 4 เท่า แต่มีความสูญเสียมากกว่า โดยมีผู้บาดเจ็บ 68 ราย เสียชีวิต 244 ราย และมีมูลค่าความเสียหาย 3,666.29 ล้านบาท ถึงแม้ว่าการสูญเสียทรัพย์สิน เงินทองอาจไม่มากเท่าปี พ.ศ. 2535 แต่จำนวนประชาชนที่สูญเสียชีวิตและบาดเจ็บมีจำนวนมากกว่าเดิมหลายเท่า - ซึ่งไม่สามารถประเมินออกมาเป็นค่าของเงินได้ (สำนักงานเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2547) หากพิจารณาปรากฏการณ์น้ำท่วมในแต่ละภาคที่เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงก็พบว่าเกิดขึ้นเกือบทุกภาคของประเทศ เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมภาคใต้ในปี 2543 เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ประชาชนทั้งประเทศรู้สึกซึมเศร้ามากที่สุด เนื่องจากเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งนั้นได้นำความสูญเสียมาทั้งทรัพย์สินและชีวิตซึ่งมีมูลค่ามหาศาลไม่สามารถคิดเป็นมูลค่าเงินตราได้ ประชาชนต้องประสบกับปัญหาที่อยู่อาศัย เรือกสวนไร่นาต้องเสียหาย ทรัพย์สินสมบัติต่างๆ จมอยู่ในน้ำ ตลอดทั้งมีการสูญเสียชีวิตของญาติมิตรและบุคคลในครัวเรือน ผลการสูญเสียดังกล่าวได้สร้างความทุกข์ยากเดือดร้อนให้กับประชาชนผู้ประสบปัญหาอุทกภัยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการได้รับความกระทบกระเทือนและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในลักษณะต่างๆ กัน ผู้ประสบอุทกภัยบางรายอาจจะปรับตัวรับกับเหตุการณ์ได้และมีอาการทางจิตใจเพียงเล็กน้อยในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งซึ่งอาจจะเกิดปัญหาทางจิตเวชได้ และเป็นอยู่นานหลังจากประสบกับภัยพิบัติอย่างรุนแรง ปัญหาทางจิตเวชเหล่านี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางจิตใจที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยทางร่างกาย รวมทั้งความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เป็นผลโดยตรงจากการประสบกับเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ acute stress disorder และ post traumatic stress disorder เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เมื่อเผชิญกับภัยพิบัติ หรือเกิดขึ้นใหม่ในช่วงระยะเวลาหลังจากภัยพิบัติได้จบสิ้นไปแล้ว แต่มีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้นเตือนให้บุคคลนั้นคิดถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้วอีก (สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และคณะ, 2544)

ต่อมาในปี 2544 ได้เกิดเหตุการณ์น้ำท่วมที่จังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งมีสาเหตุมาจากฝีมือของมนุษย์ โดยแท้ นั่นคือการตัดไม้ทำลายป่า ทำให้หมู่บ้านเกือบทั้งหมู่บ้านต้องจมอยู่ในน้ำนานนับเดือน โดยเกิดน้ำป่าไหลหลากเข้าท่วมบ้านเรือนราษฎร เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2544 เวลา 03.00 น. ที่ตำบลน้ำก้อ ตำบลน้ำซุ่น และตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้เสียชีวิต 73 ราย (ข้อมูลเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2544 เวลา 14.30 น.) สูญหายอีกจำนวนหนึ่ง บ้านเรือนราษฎรเสียหาย 90 หลังคาเรือน นอกจากนี้ยังมีความเสียหายอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย จังหวัดได้อพยพราษฎรไป ณ จุดปลอดภัย จำนวน 2 จุด ได้แก่ โรงเรียนบ้านน้ำก้อ และวัดสันติวิหาร ตำบลน้ำก้อ อำเภอหล่มสัก สำหรับในภาคตะวันออก เชียงเหนือ พบว่าจังหวัดอุดรธานี ได้ประสบอุทกภัยอย่างหนักเช่นกัน โดยในปีเดียวกันนี้ ได้เกิดน้ำท่วมฉับพลันที่เทศบาลนครอุดรธานี และ 14 อำเภอ 2 ถึงอำเภอ ระดับน้ำในเขตเทศบาลสูงเฉลี่ย 50 - 100 เซนติเมตร รถยนต์ขนาดเล็กไม่สามารถสัญจรได้ เนื่องจากฝนตกหนักมากในพื้นที่ วัดปริมาณน้ำฝนได้ 196.2 มิลลิเมตร ประกอบกับมีน้ำไหลมาสมทบจากอำเภอหนองแสงและหนองวัวซอ (อุดรธานี, 2547)

ในปีต่อมาคือ พ.ศ. 2545 ได้เกิดน้ำท่วมอีกครั้งในหลายจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ราบสูงของประเทศไทย และไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมขึ้นได้ เหตุการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนโดยไม่สามารถประเมินมูลค่าเงินตราได้

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ดูแลทางด้านจิตใจแก่ประชาชน 5 จังหวัด ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี สกลนคร กาฬสินธุ์ หนองคาย นอกจากนี้ยังมีจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับความสูญเสียจากการประสบอุทกภัยเช่นกัน และต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจถึงแม้ว่าจะเป็นพื้นที่นอกเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้จัดโครงการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ขึ้น เพื่อช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประสบอุทกภัยสามารถปรับตัวกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น และสามารถกลับมาดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมีแนวคิดที่ว่าเมื่อบุคคลประสบภัยภาวะวิกฤต (Crisis) จากการประสบอุทกภัยสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมา มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนว่า การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น สำหรับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว การช่วยเหลือดูแลที่ดีและมีศักยภาพของการทำงานเป็นทีมที่ดีระหว่างแพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และทีมงานสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลเหล่านี้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Rosen A. 1997) โรงพยาบาลจึงได้จัดทีมสหวิชาชีพออกไปให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบอุทกภัยใน 5 จังหวัด (ยกเว้นจังหวัดสกลนครที่ไม่ประสบปัญหาอุทกภัยที่รุนแรง) ทั้งในด้านการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล และเฝ้าระวังปัญหาทางจิตใจ ทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ประชาชนเหล่านี้ กลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ตลอดทั้งผลการดำเนินงานครั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์คาดหวังว่าจะมีรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในภัยพิบัติต่าง ๆ ได้ในครั้งต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
- 2.2 ศึกษารูปแบบการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย
- 2.3 ศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

3. ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านใน 5 จังหวัดที่ประสบอุทกภัย (ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู) ซึ่งทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้การช่วยเหลือตามโครงการ

4. นิยามศัพท์

4.1 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ หมายถึง การรักษาด้วยยา การให้การปรึกษา การคลายเครียด การดูแลและบำบัด รักษา เผื่อระวังปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล อย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มที่ประสบอุทกภัยซึ่งทีมสหวิชาชีพ (เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขต) ลงไปให้การช่วยเหลือทางจิตใจ

4.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละระดับดังนี้

4.2.1 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเขต หมายถึง ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร และผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น

4.2.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้น ๆ

4.2.3 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลอำเภอ

4.2.4 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับตำบล หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัย

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ที่เข้าร่วมโครงการ ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแล และเผื่อระวังปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช

5.2 ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ที่เข้าร่วมโครงการ สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช หรือฆ่าตัวตาย

5.3 มีรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัยพิบัติอื่นๆต่อไป

5.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานโครงการ หรือวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ผู้ศึกษาได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 7 ประเด็น ดังนี้

1. ความหมายของอุบัติภัย (Disaster)
2. ประเภทของอุบัติภัย
3. ปฏิบัติการเกิดอุบัติภัยของบุคคล
4. ผลกระทบจากอุบัติภัยหรือภัยพิบัติ
5. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตเวชภายหลังการเกิดอุบัติภัย
6. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. แนวคิดในการดำเนินงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย

1. ความหมายของอุบัติภัย

คำว่าอุบัติภัยหรือ Disaster มีการให้คำจำกัดความไว้มากมาย แต่เนื้อหาจะมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งบางครั้งอาจจะให้คำจำกัดความของอุบัติภัยหรือ Disaster ว่าภัยพิบัติ สาธารณภัย หรือวินาศภัยก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเรียก หรือสื่ออย่างไรก็มีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังนี้

ในประเทศไทยได้มีการสัมมนาระดับชาติเรื่องแนวทางในการวางแผนแห่งชาติเรื่องวินาศภัย เมื่อวันที่ 18 - 22 สิงหาคม 2523 ได้ใช้คำว่าวินาศภัย สำหรับ Disaster และได้นิยามว่าเป็นภัยอันตรายที่รุนแรงและกว้างขวาง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2533)

Skeet M. (อ้างใน อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2536) ได้ให้นิยามสาธารณภัยว่าเป็นภัยหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ ซึ่งทำให้สภาพการดำเนินชีวิตที่ปกติในชุมชนเปลี่ยนแปลงกะทันหัน มีผลทำให้ประชาชนต้องขาดที่พึ่งและได้รับความทุกข์ เกิดความจำเป็นต้องการอย่างเร่งด่วนเกี่ยวกับอาหาร ที่พักอาศัย เสื้อผ้า การดูแลทางการแพทย์ การกักกันและสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพอื่นๆ

“ภัยพิบัติ” หมายถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงของสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตจะเกิดขึ้นทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ประสบอุทกภัย (กรมสุขภาพจิต, 2543)

Kinston และ Rosser (1974) ได้ให้นิยามของวินาศภัย ไว้ว่า “เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในกลุ่มโดยรวม”

“วินาศภัยหรืออุบัติเหตุ” หมายถึง ภัยอันตรายรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน หรือคนจำนวนมาก ผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินตลอดจน ได้รับความตระหนกตกใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ชุมชนมีการตอบสนองโดยการช่วยเหลือทางทรัพยากรอย่างเต็มที่ และมีการกระทบกระเทือนต่อระบบกลไกสังคม (American College of Surgeons, 1990)

“อุบัติเหตุหรือภัยพิบัติ” หมายถึง ภัยที่สร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนของรัฐอย่างร้ายแรงไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ อันประกอบด้วย อุทกภัย (น้ำท่วม) วาตภัย (ลมพายุ) แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม อัคคีภัย (ไฟไหม้) ภัยแล้ง ภัยจากวัตถุมีพิษ และสารเคมีอันตราย ไฟป่า อากาศหนาว ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง ภัยจากการสู้รบและโจมตีทางอากาศ และอุบัติเหตุร้ายแรงอื่นๆ (<http://www.communications.police.go.th/eagle/proj245-News.html>, 2003)

“อุบัติเหตุ” หมายความว่า ภัยที่เกิดจากอุบัติเหตุเนื่องจากการจราจรทางบก ทางน้ำหรือทางอากาศ อุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้านและในที่สาธารณะ (<http://www.dmbcrtaf.thaigov.net/lawdp5.htm>, 2003)

“อุบัติเหตุ” หมายความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึงมาก่อน หรือไม่สามารถป้องกันได้เป็นเหตุทำให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกายจนถึงเสียชีวิต (<http://www.rtafperson.com/4>, 2003)

“วินาศภัย” หมายถึง ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น มีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อคนเป็นจำนวนมาก และต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (<http://www.ramacme.org/risident/handbook/plano.asp>, 2003)

จากความหมายของอุบัติเหตุ วินาศภัย หรือภัยพิบัติที่นักวิชาการหลายๆ ท่านได้ให้ความหมายไว้นั้น สรุปได้ว่าอุบัติเหตุ วินาศภัย สาธารณภัย หรือภัยพิบัติ หมายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และสังคมกับผู้ที่ตกอยู่ในเหตุการณ์โดยตรง องค์ประกอบสำคัญที่ควรพิจารณาในแนวคิดเรื่องวินาศภัย ได้แก่ (Division of Mental Health, WHO, 1992)

1. วินาศภัยมีผลกระทบต่อโครงสร้างของสังคม และไม่สามารถจัดการแก้ไขได้โดยกลไกสังคมตามปกติ ผลกระทบนี้อาจทำให้เกิดความยุ่งยากมากกว่าผลกระทบทางกายภาพ
2. ตัวแปรสำคัญที่สามารถปรับผลกระทบของวินาศภัย ได้แก่ ความสามารถของผู้ประสบภัยในการปรับทางด้านจิตใจ ความสามารถของโครงสร้างชุมชนที่ปรับตัวต่อวิกฤตการณ์และความช่วยเหลือที่พร้อมสรรพในทุกด้าน
3. แนวคิดเรื่องวินาศภัยเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและวัฒนธรรม
4. ในประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ มีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นบ่อยๆ อาจเป็นเหตุให้เพิ่ม threshold (ระดับ) ในการพิจารณาว่าเหตุการณ์ใดเป็นวินาศภัย

2. ประเภทของอุบัติภัย

การแบ่งประเภทของอุบัติภัยหรือสาธารณภัยโดยทั่วไปจะมีการแบ่งเป็น 2 แบบ คือ (สุดาพรรณ รัญจิรา, 2545)

1. แบ่งตามความรุนแรงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่เนื่องจากการคิดคำนวณทรัพย์สินต่างๆ บางครั้งไม่สามารถประเมินได้ในขณะเกิดเหตุ การระบุระดับความรุนแรงจึงใช้จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นเกณฑ์ Bonet (1990, อ้างใน สุดาพรรณ รัญจิรา, 2545) ได้ให้หลักการแบ่งประเภทของอุบัติภัยหรือสาธารณภัยตามจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บดังนี้

1.1 สาธารณภัยที่มีความรุนแรงน้อย (minor disaster) มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตไม่เกิน 25 คน

1.2 สาธารณภัยที่มีความรุนแรงปานกลาง (moderate disaster) มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตไม่เกิน 100 คน

1.3 สาธารณภัยที่มีความรุนแรงมาก (major disaster) มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเกินกว่า 100 คนขึ้นไป

2. แบ่งตามสาเหตุการเกิด การแบ่งตามสาเหตุการเกิดจะแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

2.1 สาธารณภัยที่เกิดจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ เป็นภัยที่เกิดจากภูมิอากาศหรือภูมิประเทศ เช่น การเกิดน้ำท่วมหรือพายุ แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด เป็นต้น

2.2 สาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ ภัยที่เกิดจากเทคโนโลยีด้านต่างๆ เช่น เครื่องบินตก ภัยจากอาวุธร้ายแรง จากสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร และภัยจากความขัดแย้งของมนุษย์ทำให้เกิดสงคราม เป็นต้น

ปัจจุบันภัยคุกคามด้านกำลังทหารจากภายนอกประเทศ มีแนวโน้มลดลงในขณะที่สาธารณภัยมีแนวโน้มที่จะทวีจำนวนความถี่และความรุนแรงเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติซึ่งเป็นภัยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ หรือสาธารณภัยที่เกิดขึ้นจากการกระทำของมนุษย์ ขณะเดียวกันการที่ประเทศไทยมีการพัฒนาและเจริญก้าวหน้าทางด้านอุตสาหกรรม ยังผลให้ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น มีความหลากหลายและความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการเกิดภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2530 และปี พ.ศ. 2538 ในปี พ.ศ. 2530 มีผู้เสียชีวิตจากอุทกภัย จำนวน 64 คน มูลค่าความเสียหาย 832.66 ล้านบาท ขณะที่มูลค่าความเสียหายจากอุบัติภัยในปี พ.ศ. 2538 จำนวน 11,858 ล้านบาท มีผู้เสียชีวิต 442 คน ในขณะเดียวกันเกิดอัคคีภัยในปี พ.ศ. 2530 จำนวน 1,814 ครั้ง มูลค่าความเสียหาย จำนวน 1,548 ล้านบาท ปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 2,340 ครั้ง ความเสียหาย จำนวน 2,348 ล้านบาท เมื่อภัยพิบัติเกิดขึ้น ย่อมก่อให้เกิดความเสียหายและผลกระทบในด้านต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะในการพัฒนาประเทศ (กรมการปกครอง, 2541)

อัมพร โอตระกูล (2536) และสันติชัย จำจิตชั้น (2546) ได้แบ่งประเภทของวินาศภัย (Disasters) ออกเป็น 2 ประเภท

1. วินาศภัยที่เกิดจากธรรมชาติ (Natural disasters)

เป็นภัยที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มักเกิดขึ้นตามฤดูกาล แต่บางครั้งก็เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน ร่างกาย จิตใจประชาชนและความมั่นคงของชาติ

วินาศภัยธรรมชาติ ได้แก่

1.1 วินาศภัยทางอุตุนิยมวิทยา เช่น วาตภัย ฝนแล้ง คลื่นความร้อนผิดปกติ (Heat wave)

เป็นต้น

1.2 วินาศภัยจากภูมิประเทศ ได้แก่ อุทกภัย หิมะถล่ม

1.3 วินาศภัยจากการเปลี่ยนแปลงของผิวโลก เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินเคลื่อน

1.4 วินาศภัยจากทางชีวภาพ ได้แก่ การระบาดของโรค เช่น อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก

ใช้สมองอักเสบ เป็นต้น

2. วินาศภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (Men-made disasters)

เป็นภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ หรือจากสิ่งประดิษฐ์ของมนุษย์ อาจจะเป็นเพื่อการทำลายล้างเพื่อความอยู่ดี สุขสบาย ของมนุษย์ก็ได้ ได้แก่

2.1 ภัยจรวด เช่น เครื่องบินตก รถชนกัน เรือคว่ำ

2.2 ภัยจากอุตสาหกรรม โรงงานปรมาณูปล่อยสารกัมมันตภาพรังสี แก๊ส โรงงานระเบิด

2.3 ภัยจากสิ่งก่อสร้าง ตึกถล่ม ร้านสร้างตึกพัง

2.4 ภัยจากการขัดแย้งผลประโยชน์ เช่น การวางระเบิดในชุมชน การจี้เครื่องบิน หมุ่คณะ

ยกพวกตีกัน

2.5 การก่อวินาศกรรม

2.6 การจราจล

2.7 ภัยสงคราม

วินาศภัยบางประเภทเกิดจากทางธรรมชาติร่วมกับการกระทำของมนุษย์ เช่น เชื้อนฟง

โดยสรุปวินาศภัย อุบัติภัยหรือสาธารณภัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) วินาศภัยที่เกิดจากธรรมชาติ 2) วินาศภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ นอกจากนี้ยังแบ่งได้อีกแบบหนึ่งคือ 1) แบ่งตามความรุนแรงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น 2) แบ่งตามสาเหตุการเกิด

3. ปฏิบัติการต่อการเกิดอุบัติเหตุของบุคคล

ปฏิบัติการต่ออุบัติเหตุหรือ Disaster แบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

ระยะที่ 1 ระยะเกิดเหตุ (Impact Phase) หรือระยะเวลาที่มีปฏิบัติการตอบสนองทันที ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน เช่น ได้รับบาดเจ็บ ตกใจสุดขีด หรืออยู่ในภาวะที่สูญเสีย

ระยะที่ผู้ประสบภัย จะเกิดความรู้สึกช็อก ตกตะลึง กลัวตายและพยายามดิ้นรนให้รอดสุดชีวิต

กลุ่มญาติผู้บาดเจ็บ จะรู้สึกกังวล กลัวญาติจะตาย พิกัดหรือรักษาไม่หาย

กลุ่มญาติผู้สูญหาย จะเกิดความกังวล กลัวเป็นห่วง สับสน กระวนกระวายใจ

ระยะที่ 2 ระยะกู่ภัยหรือระยะเวลาที่ผู้ประสบภัยได้รับความเห็นอกเห็นใจ (Honeymoon Phase)

เป็นระยะที่เหตุการณ์รุนแรงสงบลง มีการช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐทั้งทางด้านอุปโภค บริโภค ด้านการแพทย์ ผู้ประสบภัยจะได้รับรู้ความสูญเสียของกันและกัน

ระยะนี้ ผู้ประสบภัยจะปฏิเสธ ไม่รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและต่อรอง แต่ส่วนใหญ่ยัง มุ่งงต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป ยังคิดไม่ออกว่าจะทำอะไรต่อไปดี ปฏิกริยาเริ่มปรากฏให้เห็น ชัดเจนและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ระยะที่ 3 ยังจัดอยู่ในระยะกึกกั แต่เวลาล่วงเลยหลายเดือนต่อมาหรือนานนับเป็นปีการช่วยเหลือ จากองค์กรต่างๆ เริ่มห่าหายหมดไป เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยรู้สึกผิดหวังและขมขื่น (Heroic Phase) เกิดความรู้สึกโกรธองค์กรต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่ให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการหรือไม่เป็นไปตามที่ คาดหวังไว้ พร้อมกันนี้ก็มีการสำรวจเพื่อนบ้านว่าจะมีอะไรแตกต่างไปจากตนหรือไม่ ถ้าเพื่อนบ้าน โชคดีกว่าก็จะรู้สึกสะเทือนใจ ขมขื่นและซึมเศร้า

ระยะที่ 4 ระยะฟื้นฟูบูรณะหรือระยะสร้างตัว (Resolution Phase) การฟื้นกลับหรือพื้นฐานะ ขึ้นมาใหม่จะเป็นไปด้วยดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจของบุคคลนั้นและความรุนแรงของภัยพิบัติ ระยะนี้อาจกินเวลานานหลายปีหลังจากประสบภัยพิบัติ

ระยะนี้ ถ้าปรับตัวไม่ได้จะเกิดปัญหาทางจิตใจตามมา แต่ถ้าได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน อย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถยอมรับได้ ทำใจได้และจิตใจสงบลง

นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือวินาศภัย ออกเป็นปฏิกริยา ระหว่างการเกิดอุบัติเหตุหรือวินาศภัย และปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดวินาศภัย (Perry, Lindell, 1978)

1. ปฏิกริยาระหว่างการเกิดอุบัติเหตุหรือวินาศภัย

เป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยทันทีทันใด มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่รุนแรง การเผชิญ กับอันตรายรุนแรงการสูญเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิดและกลุ่มคนจำนวนมากและการบาดเจ็บของกลุ่มคน ความรู้สึกสะเทือนใจต่อความสิ้นหวัง ขาดผู้ช่วยเหลือ แยกแยก และความต้องการที่จะเลือกกระหว่างการ ช่วยเหลือผู้อื่นหรือการต่อสู้เพื่อชีวิตของตนเอง

2. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอุบัติเหตุหรือวินาศภัย

ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุหรือวินาศภัย อาจเกิดขึ้นได้ หลายลักษณะ ในช่วงแรกอาจรู้สึกเย็นชา ครั่นเครง ผ่อนคลาย กลัวความตาย ดึงเครียด และวิตกกังวล อย่างรุนแรง

ในกรณีที่ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเป็นเวลาหลายสัปดาห์โดยมีความทรงจำที่เกิดซ้ำๆ ใน เหตุการณ์ที่น่าสะพรึงกลัวและพยายามเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นความทรงจำดังกล่าว อาจมีอาการฝันร้าย ตกใจตื่นด้วยความตระหนกอย่างสุดขีด อาจสลับกับอาการเย็นชา และพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงได้ ความผิดปกติดังกล่าวนี้คือ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Cohen และคณะ (1987) ได้แบ่งปฏิกริยาตอบสนองต่อภัยพิบัติ ออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 หลังจากที่เกิดภัยพิบัติ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มักเป็นลักษณะอารมณ์รุนแรง รวมทั้งความรู้สึกไม่เชื่อว่าภัยพิบัติได้เกิดขึ้นจริง มีนชาต่อเหตุการณ์ หวาดกลัวและสับสน คนส่วนใหญ่ มักจะร่วมมือกัน และมักจะมีผู้ที่ทำตัวเป็น “วีรบุรุษ/วีรสตรี” เกิดขึ้น หน่วยกู้ภัย ครอบครัวและเพื่อนบ้าน มักเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่สำคัญที่สุด

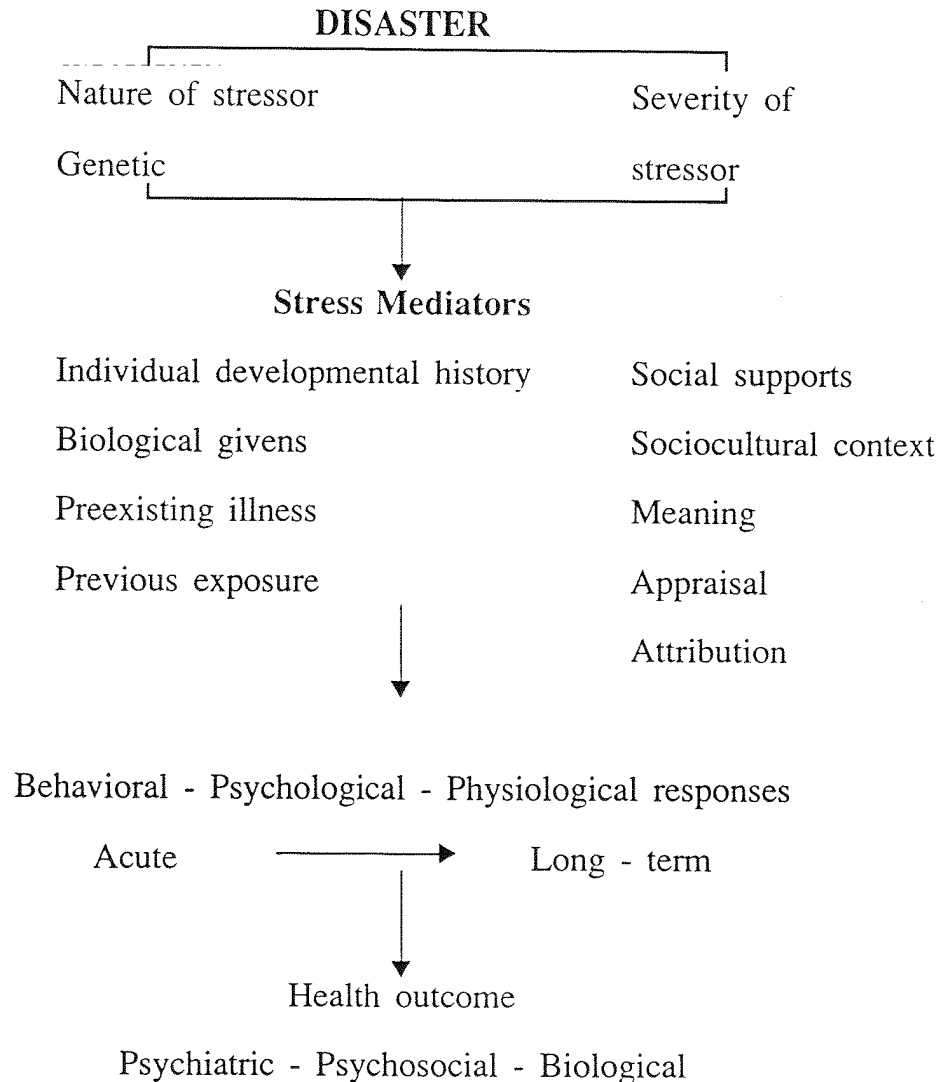
ระยะที่ 2 มักเกิดขึ้นนานตั้งแต่สัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังเกิดภัยพิบัติในช่วงนี้ความช่วยเหลือต่างๆ จากภายนอกหลั่งไหลเข้ามาในชุมชน และเป็นช่วงที่มีการทำความสะอาดจัดการกับบ้านเรือนและทรัพย์สิน ช่วงนี้จะเป็นช่วงของการปรับตัว ซึ่งปฏิกิริยาเชิงปฏิเสธ (denial) จะเกิดขึ้นสลับกับอาการ intrusive ซึ่งจะเป็ นลักษณะของการมีความคิดหรืออารมณ์ที่หักห้ามมิได้ร่วมกับอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (เช่น หวาดผวา สะดุ้งตกใจง่าย นอนไม่หลับ หรือฝันร้าย) ในช่วงปลายของระยะนี้ ปฏิกิริยาเชิงปฏิเสธมักจะเกิดขึ้นรุนแรง ในช่วงนี้ผู้ประสบภัยอาจจะมาพบแพทย์มากขึ้นด้วยอาการทางร่างกายเช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ และคลื่นไส้ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด ไม่ยินดีในร้าย และแยกตัวก็มักพบในช่วงนี้

ระยะที่ 3 เกิดขึ้นได้นานเป็นปี มีลักษณะเด่นคือความรู้สึกผิดหวังและเสียใจเมื่อไม่ได้รับความช่วยเหลือตามที่คาดหวังไว้ ในช่วงนี้ความรู้สึกมีส่วนร่วมของชุมชนมักจะจางหายไปแล้ว ผู้คนก็จะเริ่มหันเข้าหาตัวเองมากขึ้น

ระยะที่ 4 เป็นระยะของการฟื้นฟู อาจคงอยู่นานเป็นปี ในช่วงนี้ผู้รอดพ้นจากภัยพิบัติก็จะเริ่มสร้างชีวิต สร้างบ้าน และหางานทำ เป็นช่วงที่ “หายจากความเจ็บป่วย” (recovery) จากภัยพิบัติทั้งทางจิตใจ และร่างกาย มีการคิดไตร่ตรองถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความหมายของภัยพิบัติที่มีต่อตนเอง และสอ ดแทรกความหมายนี้ลงในความเป็ นตนเอง (concept of self)

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนี้อาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยสื่อกลาง (mediating factors) อื่นๆ (Green B, 1990) ได้แก่ ความคุกคามของเหตุการณ์ต่อบุคคลนั้น (threat) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อร่างกาย การพบเห็นซากศพหรือชิ้นส่วนของร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างฉับพลัน การได้เห็นคนรักถูกทารุณกรรม กระบวนการการเรียนรู้ต่อการเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญ เช่น ความรุนแรงของภัยพิบัติ การรบกวนหรือทำลายชุมชน และความหมายของภัยพิบัติ ในการรบกวน หรือทำลายชุมชน และความหมายของภัยพิบัติที่มีต่อบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนนั้น

ภาพที่ 1 สรุปกรอบแนวคิดเพื่อให้เข้าใจถึงปฏิริยาตอบสนองทางจิตใจและทางร่างกายต่อการเกิดภัยพิบัติ
(Ursano, et al, 1995)



4. ผลกระทบจากอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติ

4.1 ผลกระทบที่มีต่อสังคม

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุหรือภัยพิบัตินั้น มักก่อให้เกิดความไม่สมดุล 3 ด้าน คือ (อัมพร โอตระกูลและคณะ, 2533)

4.1.1 ด้านบุคคล แบ่งเป็น

(1) ด้านกายภาพ คือ ความต้องการขั้นพื้นฐานที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือทันที เช่น อาหาร ที่พัก เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ เช่น การบาดเจ็บ ความหวาดโวย การสูญเสียอวัยวะ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นจะจัดเป็นความต้องการพื้นฐานที่ต้องได้รับความช่วยเหลือทันที ตลอดทั้งความทุกข์ทรมานทางกายจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(2) ด้านจิตใจ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานบุคลิกภาพเดิมของแต่ละคน บางคนอาจมีความคิด ความรู้สึกตอบสนองออกมาในลักษณะสับสน ตื่นตระหนก โทษโชคชะตา หมดหวัง บางคนอาจมีพฤติกรรมแสดงออกมาในลักษณะของการสู้ (Fight : โกรธ เอะอะ ก้าวร้าว ทำลาย) การถอยหนี (Fright : หวาดกลัว ใช้อาการเจ็บป่วย บังหน้า คอยพึ่งพาผู้อื่น) การเยือกแข็ง (Freeze : ตะลึงงัน เสียวซึม สิ้นหวัง ดำหนิตัวเอง ปล่อยตัวตามยถากรรม)

(3) ด้านสังคม ภัยพิบัติอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงทางสถานภาพ เช่น การตกงาน การสูญเสียทางเศรษฐกิจ การไร้ที่อยู่อาศัย

4.1.2 ด้านครอบครัว

(1) ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตหรือสูญหาย

(2) ด้านสังคม เช่น การสูญเสียรายได้ การเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ การต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน การต้องอพยพถิ่นที่อยู่

4.1.3 ด้านชุมชน

(1) โครงสร้างชุมชน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานเดิมของชุมชน เช่น ชุมชนที่เข้มแข็ง คนในชุมชน จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ในชุมชนจะกระชับแน่น แต่ถ้าชุมชนอ่อนแอจะเกิดความระส่ำระสายและการเอาตัวรอด

(2) สิ่งแวดล้อมในชุมชน เกิดความเสียหาย ความหายนะ ดังนั้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติจะส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งขาดคุณภาพชีวิตที่ดี มีปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศไทยทางอ้อม และการพัฒนาประเทศอาจไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งใจ

4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจของบุคคลที่ประสบภัยพิบัติ

4.2.1 Grief เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์เนื่องจากสูญเสียคนรัก ที่อยู่อาศัย ทรัพย์สินสมบัติ ชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชน ปฏิบัติได้แก่ ความเศร้าโศกเสียใจ ไม่สบายใจ โกรธ และความรู้สึกโหยหาคนรักที่เสียชีวิตไป

4.2.2 Social pathology ได้แก่ การใช้สุรา ยาเสพติด และการแยกตัวจากสังคม

4.2.3 Secondary psychosocial stressors ได้แก่ การย้ายที่อยู่ การพักอาศัยในค่ายอพยพ การว่างงาน ไร้กิจกรรม และการขาดสนับสนุนการ ฯลฯ

4.2.4 ความเครียดของผู้ช่วยเหลือ ผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย มี 2 ประเภท คือ ผู้ช่วยเหลือที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญอาจมีปฏิกิริยาความเครียดเช่นเดียวกับผู้ประสบภัย และอาจเป็นทุกข์ใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้สำเร็จ สำหรับผู้ช่วยเหลือที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจะมีปฏิกิริยาความเครียดได้ ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยเฉพาะเด็ก การสัมผัสกับความตายและร่างกายของผู้ที่เสียชีวิตเป็นความเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีกับผู้เสียชีวิตยังเป็นเด็ก (Division of Mental Health, WHO, 1992)

กลุ่มบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่ จะมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งสมควรที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจบุคคลกลุ่มนี้และสามารถให้การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจได้อย่างเหมาะสม จึงควรเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์ของบุคคลกลุ่มนี้ด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาวะวิกฤต (crisis) มีรากศัพท์จากภาษากรีกคำว่า “Krinoin” หมายความว่า “การตัดสินใจ” (to decide) แต่เป็นภาวะที่บุคคลมีความยุ่งยากลำบากในการตัดสินใจ คือ ตัดสินใจไม่ได้หรือแก้ปัญหาไม่ได้นั่นเอง ภาวะวิกฤตจึงเป็นช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดของชีวิต (turning point) เป็นช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีความทุกข์หนักจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งในชีวิต แล้วแก้ปัญหาไม่ได้ กลไกของการปรับตัวต่างๆ ที่เคยใช้ได้ผลก็ใช้ไม่เกิดผล ในโอกาสเช่นนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนสับสนสับสน และมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเรื่อยๆ หรือที่เรียกว่าเป็นภาวะของการเสียความสมดุลทางอารมณ์ (ทัศนา บุญทอง, 2544)

โจอัน คิง (Joan King อ้างใน ทัศนา บุญทอง, 2544) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า “เป็นภาวะของการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์” ภาวะวิกฤตเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบปัญหาแล้วแก้ไม่ได้ เป็นภาวะของความยุ่งยากในชีวิต อย่างไรก็ตาม ช่วงระยะของภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ยังไม่ถือว่าเป็นอาการทางจิตประสาท ในช่วงชีวิตของใครบางคนอาจต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ หลายครั้ง แม้ว่าในแต่ละบุคคล โอกาสและข้อสนับสนุนที่จะทำให้เกิดปัญหามีได้มากน้อยไม่เท่ากันก็ตาม

แคพแลน (Caplan อ้างใน ทัศนา บุญทอง, 2544) ให้ความเห็นว่า ความยุ่งยากใจที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั้น คนเราจะพยายามหาทางแก้ไขเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความสมดุลทางอารมณ์ (Emotional equilibrium) โดยเร็วที่สุด อาจจะเป็นชั่วโมง หรือเป็นวันๆ แล้วแต่ความซับซ้อนของตัวปัญหา และช่วงระยะเวลาที่ความสมดุลทางอารมณ์ของบุคคลถูกรบกวนนี้คือ “ภาวะวิกฤต” ซึ่งถือเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อหรือช่วงระยะเวลา “อันตราย” ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ ตามความเห็นของแคพแลน การเกิดภาวะวิกฤตนั้นดำเนินเป็นขั้นตอน คือ บุคคลรู้สึกมีความเครียดสูงขึ้นเรื่อยๆ มีอาการแสดงออกของความยุ่งยากลำบากใจ อารมณ์ขุ่นมัว และการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลนั้นเสียไป เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น

แคพแลน (Caplan G, 1964 ; Caplan G, 1974) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่าเป็นความรู้สึกวุ่นใจที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่มั่นคงก่อให้เกิดการกระตุ้น เมื่อบุคคลพบว่าเป้าหมายที่สำคัญในชีวิตถูกขัดขวาง อุปสรรคนี้ทำให้รู้สึกว่ามีความยากลำบากจนไม่สามารถจะเอาชนะได้ โดยวิธีการแก้ปัญหาตามธรรมดาทั่วไป

อควิเลรา และ เมสสิก (Aquilera and Messick, 1982) กล่าวว่าภาวะวิกฤตอาจหมายถึง “ภาวะอันตราย” และอาจหมายถึง “โอกาส” เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต

โรเซน (Rosen A, 2003) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตหมายถึง ความรู้สึกวุ่นใจที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่มั่นคง ก่อให้เกิดการกระตุ้นเมื่อบุคคลพบว่า เป้าหมายที่สำคัญในชีวิตถูกขัดขวาง อุปสรรคนี้ทำให้รู้สึกว่ามีความยากลำบากจนไม่สามารถจะเอาชนะได้โดยใช้วิธีการแก้ปัญหาตามธรรมดาทั่วไป

โดยทั่วไปแล้ว ภาวะวิกฤตมักจะเป็นผลต่อเนื่องจากการที่บุคคลมีปัญหาหรือมีสิ่งกระทบชีวิต ซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่ทำให้บุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะเครียดจะเป็นด้วยเหตุใดๆ ก็ตามไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือภายในตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นต้องใช้พลังจิตในการแก้ปัญหา

ใช้กลไกในการปรับตัวเมื่อใช้กลไกถูกต้องเหมาะสมก็เป็นการปรับตัวที่ปกติ แต่หากเมื่อกลไกการแก้ปัญหา ล้มเหลว ภาวะเครียดจะยังคงอยู่บุคคลจะพยายามแก้จนถึงที่สุด หากภาวะเครียดไม่คลายลง ความวิตกกังวล จะสูงขึ้นเรื่อยๆ ความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจจะตามมา ภาวะเช่นนี้เองคือภาวะวิกฤต ซึ่งบุคคลต้องการความช่วยเหลือ

อย่างไรก็ดีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคลไม่จำเป็นต้องก่อให้เกิดภาวะวิกฤตตามมาเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแต่ละบุคคลและองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาของบุคคล เป็นไปได้ดีมาน้อยไม่เท่ากันนั่นเอง

ชนิดและสาเหตุของภาวะวิกฤต

ชนิดของภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบ่งตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิด โดยเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล มีรายละเอียดดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2544 ; Johnson BS, 1986 ; Rosen A, 2003)

1. ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายในตัวบุคคล (Internal Crisis)

เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต่างๆ ของชีวิตที่ดำเนินไปตามขั้นตอนของพัฒนาการในชีวิต ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เรียกอีกชื่อหนึ่ง “Developmental Crisis” หรือ “Maturational Crisis” ทุกชีวิตต้องผ่านขั้นตอนของพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่เกิดจนชราภาพ เป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยซึ่งคาดคะเนได้ การเปลี่ยนแปลงมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงในวัยทารก เข้าสู่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน ตลอดไปจนถึงวัยสูงอายุ เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วการเกิดภาวะวิกฤตในช่วงพัฒนาการของชีวิตนี้จะค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่บุคคลเปลี่ยนจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยหนึ่ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้หากบุคคลปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดภาวะไม่สมดุลในบุคคล (internal disequilibrium) คือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายไม่คงที่ และอาจแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมไม่เหมาะสม การแสดงบทบาทและหน้าที่เปลี่ยนไป เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะวิกฤตในช่วงพัฒนาการของชีวิตจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยและสาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤต รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนพัฒนาการของมนุษย์

2. ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายนอกตัวบุคคล (External Crisis)

ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสาเหตุภายนอกตัวบุคคลหรือเกิดจากเหตุการณ์เฉพาะ (Situational Crisis) เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของบุคคลโดยตรง โดยทั่วไปแล้วมักจะเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความสงบสุขในชีวิต เหตุการณ์เฉพาะเหล่านี้จะเป็นเหตุการณ์อะไรก็ได้ที่บุคคลรู้สึกว่าคุกคามต่อชีวิต และเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคล

2.1 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตโดยทั่วไป เหตุการณ์อย่างเดียวกันไม่จำเป็นต้องทำให้บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ในความรุนแรงเท่ากัน ดังนั้นเหตุการณ์หนึ่งทำให้บุคคลหนึ่งเกิดภาวะวิกฤต แต่บุคคลอีกคนหนึ่งอาจเห็นเป็นเรื่องปกติก็ได้ อย่างไรก็ตามเหตุการณ์บางอย่างเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อบุคคล ทั้งด้านมโนทัศน์แห่งตน คุณค่าในตนเองและความคาดหวังต่อชีวิตอนาคต มักจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตได้ง่าย เช่น การคลอดบุตรก่อนกำหนด บุตรเสี่ยงต่อการรอดชีวิต การคลอดบุตรพิการ การตั้งครรภ์โดยไม่ไ้แต่งงาน การสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การถูกไล่ออกจากงาน การถูกถอนหมั้น การหย่าร้าง

การทะเลาะวิวาทระหว่างสามีภรรยา การถูกทำร้าย การถูกข่มขืน การเจ็บป่วยต่างๆ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะแห่งตนกะทันหัน เช่น เกิดอุบัติเหตุ ถูกตัดขา ตาบอดกะทันหัน การถูกตัดอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งจากการเจ็บป่วย เป็นต้น

2.2 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตจากภัยธรรมชาติหรือเกิดจากมนุษย์สร้างขึ้น ภาวะวิกฤตที่มีสาเหตุมาจากสถานการณ์ที่รวมไปถึงภัยพิบัติต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน และเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก อาจมีได้ทั้งที่เป็นภัยพิบัติตามธรรมชาติ และจากที่มนุษย์สร้างขึ้นมาเอง ส่วนมากจะเป็นสถานการณ์ที่กระทบบุคคลเป็นจำนวนมาก นักวิชาการบางกลุ่มได้แยกภาวะวิกฤตอันเกิดในลักษณะนี้ว่าเป็น ภาวะวิกฤตทางสังคม (Social Crisis) หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นครั้งคราว (Adventitious Crisis) แต่ในที่นี้จัดว่าเป็นภาวะที่เกิดจากเหตุการณ์เฉพาะที่ และมีสาเหตุมาจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ไฟไหม้ อุทกภัย แผ่นดินไหว การจลาจล สงคราม

จากการศึกษาพบว่า บุคคลบางคนมักจะเกิดภาวะวิกฤตได้บ่อยกว่าบุคคลอื่น ได้แก่ บุคคลที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) มีเหตุการณ์หรือสิ่งกระทบต่อชีวิตเกิดขึ้นบ่อย ไม่มีเวลาพอในการปรับตัว
- 2) มีประวัติของการขาดทักษะในการปรับตัวที่เหมาะสม
- 3) ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 4) ไม่กล้าขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาหารือผู้อื่นเพราะตนเองรู้สึกไม่กล้า เกรงใจ หรือรู้สึกว่าไม่เกี่ยวกับบุคคลอื่น มีปมด้อย
- 5) ไม่มีบุคคลที่ตนรู้สึกว่าจะช่วยเหลือได้ หรือไม่มีบุคคลที่ตนคิดว่าจะเข้าใจปัญหาของตน ทำให้ต้องคิดแก้ปัญหาคนเดียว

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้จำแนกชนิดของภาวะวิกฤตออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ (Lindemann F, 1944 ; Tyhurst JS, 1958 ; Rosen A, 1985 ; Raphael B, 1986 ; Rosen A, 1988 ; Mc Gorry P. et al, 1994)

1. Developmental Crisis เป็นภาวะวิกฤตในแต่ละระยะของการดำรงชีวิต เช่น การก้าวไปเป็นวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ การแต่งงาน วัยสูงอายุและการตาย
2. Situational Crisis บางครั้งเรียกว่า ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ หรือทรัพย์สิน บ้านที่อยู่อาศัย การถูกโจรกรรม การหย่าร้าง หรือเป็นหม้าย
3. Complex Crisis ภาวะวิกฤตนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การดำรงชีวิตประจำวัน แต่เป็นเรื่องยากที่บุคคลเหล่านี้จะเผชิญได้ ได้แก่

3.1 Severe Trauma เช่นบุคคลถูกจู่โจมด้วยพฤติกรรมรุนแรง ภัยพิบัติ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ จากเครือข่ายการสนับสนุนอย่างทันทีทันใด

3.2 Crisis associated with severe mental illness ภาวะวิกฤตนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตอย่างทันทีทันใด

ภาวะวิกฤตทั้ง 3 ประเภท อาจจะมีส่วนที่ซ้อนกันอยู่ และสาเหตุของประเภทหนึ่งอาจจะทำให้เกิดสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น คนขับรถไฟที่วุ่นใจจากภาวะวิกฤตอาจทำให้เกิดการผิดพลาดและสูญเสียตามมาได้ ภัยพิบัติทำให้เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะวิกฤตต่างๆ ได้

ปฏิกิริยาตอบสนองในภาวะวิกฤต

ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งเป็นภาวะแห่งการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ บุคคลไม่สามารถแก้ไขความรู้สึกรุ่มร้อน สิ้นหวังได้นั้น บุคคลจะรู้สึก “ปวดใจ” (emotional pain) บุคคลต้องการจัดความรู้สึกอันเจ็บปวดนี้ออกไปโดยเร็ว ปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงออกในขณะที่ บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตที่พบโดยทั่วไปมีดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2544 ; Johnson BS, 1986 ; Rosen A, 2003)

1. ความวิตกกังวลระดับสูง (Excessive Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม เพียงบุคคลเริ่มรู้สึกตนเองถูกคุกคามและกำลังตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายและความสงบสุข และความรู้สึกวิตกกังวลนี้จะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อบุคคลไม่สามารถหาทางออกให้กับตนเองในการจัดปัญหาได้ เป็นความรุ่มร้อนกระวนกระวาย ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้บุคคลจะทนไม่ได้ตลอดไป ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนานๆ บุคคลจะหาทางออกโดยการใช้กลไกทางจิตเข้าช่วย ซึ่งพบได้บ่อยว่าบางคนอาจออกมาในรูปของอาการป่วยทางกาย (psychosomatic ailment)

ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต พบว่าลักษณะของคนวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในระดับรุนแรงและในระดับสูงที่เรียกว่า “ความวิตกกังวลระดับสูง” ความวิตกกังวลซึ่งมีมากในลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกจิตใจเหนื่อยล้า หมดกำลังใจ และสิ้นหวัง

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตและมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยความวิตกกังวลรุนแรงนั้น ได้แก่ สถานการณ์ต่อไปนี้

1.1 ชีวิตถูกคุกคามและบุคคลรู้สึกว่าเป็นอันตราย

1.2 กำลังรู้สึกว่าควบคุมความรู้สึกก้าวร้าวรุนแรงที่มีอยู่ไม่ได้อีกต่อไป

1.3 รู้สึกเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านร่างกาย

นอกจากนั้นความรู้สึกกังวลยังเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียหรือเสี่ยงต่อการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก ความวิตกกังวลจะสูงมากถ้าการสูญเสียนั้นสัมพันธ์กับการอยู่รอดของบุคคลนั้น เช่น การสูญเสียบุคคลซึ่งเป็นผู้ปกครองและเป็นผู้หาเลี้ยงหรือส่งเสียเงินทองให้ เป็นต้น การสูญเสียบุคคลนั้นแสดงถึงความอยู่รอดของตนเองถูกกระทบกระเทือน บุคคลจะมีปฏิกิริยาแสดงออกโดยความกังวลสูงมาก เป็นต้น

2. ความซึมเศร้า (Depression)

เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤตอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกอื่นๆ ใจคอห่อเหี่ยว (dejection) เศร้า (sadness) หมดอาลัย (despair) รู้สึกตนเองไร้ค่า (self-depreciation) และสิ้นหวัง หมดกำลังใจ (debilitation) เป็นต้น

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตและบุคคลเกิดความซึมเศร้าตามมามีมากมายหลายสถานการณ์ แต่ที่พบบ่อยได้แก่

2.1 การสูญเสียหรือเสี่ยงต่อการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก

2.2 การสูญเสียหรือเสี่ยงต่อการสูญเสียความยอมรับนับถือและความมีคุณค่าในตัวเอง

2.3 การสูญเสียภาพลักษณ์และมโนทัศน์แห่งตน

2.4 สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติตามหลักการและค่านิยมที่ตนเองยึดถือในการดำเนินชีวิต

2.5 มีเหตุการณ์ที่ทำให้ตนต้องผิ่ความรู้สึก ผ่าฝืนคุณธรรมและมโนธรรมที่สำคัญต่อชีวิต

3. การมีปฏิกิริยาตอบโต้ในทางรุนแรง (Potential for Violence)

ปฏิกิริยาตอบโต้ในทางรุนแรง มักปรากฏออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

3.1 การทำร้ายตนเอง (Destructive to Self) หรือการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมตั้งแต่มีแนวความคิดในการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายและได้ลงมือกระทำเพื่อฆ่าตัวตายบ้างแล้ว โดยปกติแล้วมักพบในภาวะวิกฤต ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดหวังอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศและความรักพบได้บ่อยมากในทุกสังคม อย่างไรก็ตาม การพยายามทำร้ายตนเอง มักพบว่าเกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้พยายามแก้ปัญหาอย่างที่สุดแล้วแต่ต้องล้มเหลว และบุคคลเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “เข้าตาจน” (desperation) ซึ่งในภาวะเช่นนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเจ็บปวดอย่างหนัก โกรธและสิ้นหวังร่วมด้วย

โดยทั่วไปแล้วความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย มักจะเกิดขึ้นตามหลังความรู้สึกเศร้า (depressed) แต่ระดับของความเศร้าจะเป็นมากกว่าความเศร้าตามปกติ ในลักษณะเช่นนี้บุคคลจะมีความผิดหวัง และน้อยเนื้อต่ำใจร่วมด้วย การทำร้ายตัวเองเป็นรูปแบบหนึ่งของทางออกเพื่อให้บุคคลผู้เกี่ยวข้องหรือผู้เป็นสาเหตุของความผิดหวังที่ตนรู้สึกอยู่ในขณะนั้นเกิดความสำนึกผิด เป็นลักษณะของการแก้แค้น และการเรียกความสนใจกลับคืนมานั่นเอง

3.2 การทำร้ายผู้อื่น (Destructive to Other) หรือเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกโดยพฤติกรรมรุนแรงในทางทำร้ายผู้อื่น (Homicidal Behavior) การแสดงออกในลักษณะเช่นนี้แสดงถึงการสูญเสียการควบคุมตนเอง และเป็นการแสดงออกของความกลัวสุดขีด ซึ่งในหลายโอกาสความรู้สึกกลัวรุนแรงนี้จะถูกปกปิดโดยพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในลักษณะของการทำร้ายผู้อื่นมักพบในบุคคลที่มีประวัติของการขาดความรัก ความอบอุ่นในชีวิตวัยต้น และต้องการความรู้สึกมีคุณค่า และความยกย่องนับถือ เมื่อมีเหตุการณ์ในชีวิตที่บุคคลประเภทนี้รู้สึกว่าถูก “หักหน้า” ไม่ให้เกียรติหรือรู้สึกเสียหน้า จะรู้สึกเจ็บปวดมากและทนไม่ได้ และจะพยายามทำร้ายผู้อื่นให้เจ็บปวดด้วย พบเสมอในภาวะวิกฤตทั้งเป็นสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งพบได้บ่อยที่การพยายามทำร้ายบุคคลอื่นอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกเจ็บปวดที่กำลังประสบอยู่ นอกจากนั้นยังพบว่าบุคคลที่มีปฏิกิริยาตอบสนองในทางก้าวร้าวรุนแรงในภาวะวิกฤตนั้น พบได้มากในบุคคลที่มาจากกลุ่มชนที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีในทางกรยอมรับพฤติกรรมรุนแรง และพบในบุคคลที่มีอุปนิสัยในทางต่อต้านสังคมอีกด้วย การประเมินสภาพทางจิตสังคมของบุคคลเหล่านี้จึงต้องครอบคลุมกับสิ่งเหล่านี้ด้วย

การประเมินสภาพจิตสังคมของบุคคลที่มีภาวะวิกฤตและแสดงออกในพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและพยายามทำร้ายผู้อื่นนั้น พยาบาลจะต้องประเมินโดยเร็วที่สุด การสัมภาษณ์ต้องกระทำอย่างละเอียด และให้ความสำคัญกับทุกปัญหาที่ผู้รับบริการอ้างถึงและต้องพยายามประเมินให้ได้ว่าได้มีการวางแผนในการทำร้ายผู้อื่นด้วยหรือไม่ หากมีการวางแผนชัดเจนและมีตัวบุคคลที่ต้องการทำร้ายอยู่ด้วย ให้พึงระลึกว่า

โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายสูงมาก ต้องระมัดระวัง และหากเป็นไปได้ควรต้องเชิญบุคคลที่เกี่ยวข้องนั้นมาคุยด้วย พบเสมอว่าบุคคลที่เป็นเป้าหมายของการทำร้าย มักจะเป็นบุคคลสำคัญในความรู้สึกของเจ้าของปัญหา การให้การช่วยเหลือที่ได้รับความร่วมมือจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องนี้มักได้ผลดี

4. ความทุกข์โศกเสียใจ (Bereavement and Grief)

ความทุกข์โศกเป็นปฏิกิริยาที่เกิดตามมาจากภาวะวิกฤตอันเกิดจากการตายของผู้เป็นที่รัก ซึ่งโดยทั่วไปแล้วความรู้สึกเสียใจต่อการจากไปเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น เป็นเรื่องธรรมดา หากแต่ถ้าถ้าบุคคลที่ตายมีความสำคัญมากต่อความรู้สึกของบุคคลหรือว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ความรู้สึกทุกข์โศกจะตามมาได้มาก

ความทุกข์โศกเสียใจแตกต่างกับความซึมเศร้าอยู่ตรงที่ว่า ความซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นจากสาเหตุอื่นใดก็ได้ที่นอกเหนือจากการตาย หรือหากเป็นการตายจะต้องไม่ใช่การตายของบุคคล แต่เป็นการตายของสิ่งอื่นๆ เช่น สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

ในความรู้สึกทุกข์โศกเสียใจนั้น โดยทั่วไปแล้วจะค่อยๆ ผ่านไปในระยะเวลาหนึ่ง จะผ่านไปได้เร็วขึ้นถ้าได้รับการระบายอย่างมีเหตุผลในผู้ที่ตกอยู่ในความทุกข์โศกเสียใจนั้น ไม่มีความรู้สึกมีปมค้อย หรือน้อยเนื้อต่ำใจเจ็บปวยอยู่ด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าและความนับถือตัวเองไม่ได้ถูกคุกคาม การช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความจริงโดยเร็วจะช่วยให้ความทุกข์โศกเสียใจลดลงและบุคคลกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้ แต่ความทุกข์โศกเสียใจที่เป็นภาวะวิกฤตนั้นเป็นความรู้สึกที่รุนแรงกว่าธรรมดา เป็นอยู่นาน และเจ้าตัวทุกข์ทรมานมาก

ความทุกข์โศกเสียใจที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการตายของบุคคลที่เป็นที่รักนั้นจะมีผลมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกันคือ

4.1 ลักษณะของความสัมพันธ์ของตัวบุคคลกับผู้เสียชีวิต หากความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะของการพึ่งพาอย่างมาก ความรู้สึกทุกข์โศกเสียใจจะมีมาก

4.2 ระดับของการนำตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของผู้เสียชีวิตว่ามีมากน้อยเท่าใด โดยทั่วไปในกระบวนการของสัมพันธ์ภาพที่บุคคลมีต่อกันนั้น หากเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดจะมีเสมอที่บุคคลหนึ่งมักจะรู้สึกว่าตนเองมีส่วนในอีกบุคคลหนึ่งอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะค่อยๆ เกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ดำเนินไป และความใกล้ชิดมีมากขึ้นความรู้สึกดังกล่าวนี้หากมีมาก บุคคลนั้นจะเกิดความเศร้าโศกเสียใจมาก หากมีการตายเกิดขึ้นในอีกบุคคลหนึ่งซึ่งตนมีความผูกพัน

4.3 อายุของผู้ที่มีอาการทุกข์โศกเสียใจ พบว่าการปรับสภาพอารมณ์ต่อความทุกข์โศกเสียใจกระทำไดยากกว่าในผู้มีอายุน้อยและในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าเด็กและผู้สูงอายุพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ในการดำรงชีวิตประจำวันมากกว่าในผู้ใหญ่วัยฉกรรจ์ ดังนั้นหากว่า “ผู้เสียชีวิต” เป็นผู้ที่เป็นที่พึ่งของผู้ที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นบุคคลในวัยเด็กหรือผู้ชรา ระดับของความทุกข์โศกเสียใจจะสูงมาก

การเปรียบเทียบการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่บังเกิดผลดีและไม่บังเกิดผลดี

องค์ประกอบ	การปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ที่บังเกิดผลดี	การปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ที่ไม่บังเกิดผลดี
ทางด้านสติปัญญาและความคิด	การทำความเข้าใจในปัญหาและ สาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตได้ ถูกต้องตามเหตุการณ์	- ปฏิเสธความเป็นจริง - บิดเบือนความเป็นจริง - การรับรู้ความเป็นจริงคลาดเคลื่อน
สภาพอารมณ์และความรู้สึก	ยอมรับได้ การแสดงออกทาง ความรู้สึกเหมาะสมกับ เหตุการณ์	- เก็บกด หรือ - ปฏิเสธความเป็นจริง - การแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสม
พฤติกรรม	ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งจากบุคคลและจากสถาบัน ในสังคม	- ไม่แสวงหาเพื่อรับการช่วยเหลือ - ไม่ยอมแก้ปัญหา - ใช้วิธีแก้ปัญหาโดยวิธีการ ไม่ถูกต้อง เช่น ยา เหล้า พยายาม ทำร้ายตัวเอง พยายามทำร้ายผู้อื่น - แสดงพฤติกรรมที่มีปัญหา ทางจิตประสาท - แสดงพฤติกรรมที่ควบคุม ตัวเองไม่ได้ เช่น ขับรดเร็วมาก

5. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตเวชภายหลังประสบอุบัติเหตุ

ในปี พ.ศ. 2529 - 2530 อัมพร โอตระกูล และคณะ ได้ศึกษาปฏิกิริยาชุมชนต่อการตอบสนอง
วินาศภัย โดยศึกษาจากผู้ประสบภัยน้ำท่วมที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี และผู้ประสบภัยจากสงคราม
ชายแดนไทยกัมพูชา ผลการศึกษาในส่วนของวินาศภัยน้ำท่วมที่อำเภอสวนผึ้ง พบว่า ปัญหาสุขภาพจิต
ระยะยาวของผู้ประสบภัยมีอาการหวาดระแวงร้อยละ 17.5 (7 ราย ใน 40 ราย) รู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 15
(6 ราย ใน 40 ราย) กลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 7.5 (3 ใน 40 ราย) มีอาการทางกาย ร้อยละ 7.5
(3 ราย) นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร ร้อยละ 5 (2 ราย)

การเกิดอุทกภัยภาคใต้ในปี พ.ศ. 2531 กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2532) ได้ศึกษาวิจัย
และรายงานไว้ว่า ร้อยละ 25 ของประชาชนที่ประสบอุทกภัย เกิดอาการในระยะสั้นคือ งามง สับสนใน
ขณะเกิดเหตุการณ์ ส่วนผลกระทบด้านปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว พบว่า ร้อยละ 10 - 25 มีอาการคือ
แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ และส่วนใหญ่มีความเครียด
เกิดขึ้นโดยพบประชาชนที่ประสบภัยมีระดับความเครียดสูงมากผิดปกติถึง ร้อยละ 11.44 และ ร้อยละ 18.13
มีระดับความเครียดสูงแต่มีผู้ที่เครียดอยู่ก่อนเกิดอุทกภัยแล้ว ร้อยละ 13 และกลุ่มที่มีความเครียดในระดับ
ปกติพบเพียง ร้อยละ 57.35

ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในกลุ่มที่มีความเครียดสูงมาก เป็นหญิงมากกว่าชาย และพบในวัยกลางคนอายุ 45 - 65 ปี มีความเครียดสูงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ผู้มีความเครียดสูงนั้นมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมากที่สุด ครอบครัวที่มีบุตรจำนวน 3 - 5 คน พบมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวสูญเสียก็เป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูงที่สุดด้วย

อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ (2532) ได้ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตผู้ประสบอุทกภัยของประเทศไทยใน 3 จังหวัดภาคใต้ที่ประสบอุทกภัย ปี 2531 คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา หลังจากประสบอุทกภัยแล้ว 1 เดือน ด้วยแบบสำรวจความเครียด H.O.S (Health Opinion Survey) พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 673 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูง ระดับเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูง จำนวน 77 คน (11.48%) ระดับปกติ จำนวน 122 คน (18.13%) และจำนวน 88 คน (13.08%) เป็นกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ก่อนที่จะประสบอุทกภัย ส่วนอีก 386 คน (57.35%) ไม่ได้รับผลกระทบ ด้านสุขภาพจิตแต่อย่างใด

กรมการแพทย์ (2533) ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบวาตภัยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2532 - 26 มกราคม 2533 สรุปได้ว่า

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีผู้ป่วยที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิต ซึ่งตรวจพบระหว่างวันที่ 12 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2532 จำนวน 770 ราย

จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วยที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิต ซึ่งตรวจพบจากการออกหน่วย และที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมพร รวม 3,037 ราย

ทั้งสองจังหวัดจำแนกเป็น

โรคจิต	101 ราย
โรคประสาท	1,865 ราย
เครียด	1,973 ราย

แสดงว่าผู้ประสบวาตภัยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจังหวัดชุมพร ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจจากเหตุการณ์วาทภัยครั้งนี้ จนกระทั่งเกิดภาวะความแปรปรวนทางจิตใจขึ้น ตามการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์

ในปีเดียวกัน วีระ ชูรุจิพร และคณะ (2533) ได้รายงานผลกระทบทางสุขภาพจิตจากวาตภัยจังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดความเครียด Health Opinion Survey จากกลุ่มตัวอย่าง 1,745 ราย พบว่า ประชาชนมีความเครียดสูงกว่าก่อนเกิดวาทภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบ ร้อยละ 0.52 มีความเครียดสูงมาก เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 16.33 มีความเครียดสูง ในรายงานเดียวกันระบุว่า หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ที่ให้บริการแก่ประชาชน 9,929 ราย พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตรวม ร้อยละ 26.35 มีปัญหาทางกายร้อยละ 67.65 เป็นโรคจิต 0.64 โรคประสาท 19.42 มีภาวะเครียด 13.28

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2533) ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบวาตภัยและอุทกภัย เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2532 จังหวัดชุมพร โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบวาตภัยในอำเภอท่าแซะและอำเภอบางสะพาน หลังเกิดภัย 6 เดือน 432 ราย และหลังเกิดภัย 12 เดือน 444 ราย และศึกษาเปรียบเทียบรายงานการรับบริการสุขภาพจิตของประชาชนจากสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

ก่อนและหลังเกิดภัยทั้ง 2 อำเภอ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เกิดอาการของลักษณะโรคเครียด ที่พบมากได้แก่ วิดกกังวล ร้อยละ 47.5 ท้อแท้ ร้อยละ 47.0 นอนไม่หลับ ร้อยละ 44.0 ปวดศีรษะ ร้อยละ 28.5 ต้องกิน ยาระงับประสาทบ่อยร้อยละ 15.9 และจากรายงานบริการสุขภาพจิตของประชาชน (รง. 401) เปรียบเทียบ ก่อนและหลังเกิดภัย พบว่า มีปัญหามากขึ้นทั้งสองอำเภอ

สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย และคณะ (2544) ได้ทำการสำรวจแบบรีบด่วนของผู้วิจัยในวันที่ 10 หลังน้ำท่วมในประชากร 6 พื้นที่ในอำเภอหาดใหญ่และบริเวณใกล้เคียงที่ประสบภัยน้ำท่วม พบว่าประชาชน เหล่านี้มีอาการทางจิตใจที่พบมากที่สุด คือ นอนไม่หลับหรือฝันร้าย ร้อยละ 19.0 รองลงมาได้แก่อาการ สะดุ้งผวา หวาดกลัวตกใจมาก ร้อยละ 10.2

Perry และ Lindell (1978) ได้อธิบายมุมมองที่แตกต่างกันของผู้เขียนบทความด้านนี้หลายท่าน บางรายเชื่อว่า ทำให้เกิดผลเสียทางจิตใจในผู้ประสบภัยเกือบทุกราย ในขณะที่บางรายเชื่อว่า ปัญหาทางจิตเวช ภายหลังอุบัติภัยเกิดขึ้นเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิตเวชอยู่แล้ว คำอธิบายสำหรับมุมมองใน แนวที่สองนี้ อาจเป็นเพราะอุบัติภัยในบางครั้งมีการสูญเสียชีวิตของผู้ประสบภัยที่ไม่มากนัก แต่สูญเสีย ทางวัตถุมากกว่า และการตรวจสอบความผิดปกติทางจิตเวช ไม่ละเอียดเพียงพอที่จะค้นพบความผิดปกติ ได้ทุกราย การศึกษาวิจัยทางด้านนี้ เท่าที่ผ่านมายังอยู่บนพื้นฐานการสังเกตทางคลินิกที่ไม่เป็นระบบ หรือ ยังใช้ตัวชี้วัดหยาบๆ ในเรื่องความพิการทางจิตเวช เช่น การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Ahearn, 1981) ยกเว้นการศึกษาเรื่องวินาศภัยใน Columbia 1985, Mexico 1985 และ Puerto Rico 1985 ซึ่งได้ศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยเสนอแนะว่าผู้ประสบภัยมีปัญหาทางจิตสังคมที่ชัดเจน

Raphael (1986) พบว่า ความพิการทางจิตเวชมีแนวโน้มประมาณ ร้อยละ 30 - 40 ของผู้ประสบ ภัย ในระยะที่ติดตาม 1 ปี ภายหลังการเกิดอุบัติภัย และมีแนวโน้มลดน้อยลง หลัง 2 ปี ที่เกิดอุบัติภัย แต่ยังคงมีอาการเรื้อรังสำหรับผู้ประสบภัยบางรายในอุบัติภัยบางแห่ง ซึ่งเป็นอุบัติภัยจากการกระทำของมนุษย์ ที่มีการทำลายสูง จะมีแนวโน้มสูงกว่า ร้อยละ 30

ICD-10 (WHO, 1990) ได้ให้แนวคิดสำหรับแพทย์และผู้วิจัยในด้านนี้ โดยให้ตระหนัก ถึง การวินิจฉัยความผิดปกติ 4 โรค ได้แก่ ปฏิกริยาต่อความเครียดอย่างเฉียบพลัน (Acute Stress Reaction) Post-traumatic Stress disorder, Adjustment disorder และการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพภายหลัง ประสบอุบัติภัย

Rubonis และ Bickman (1991) ได้ทบทวนและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวินาศภัย และ จิตพยาธิสภาพที่เป็นผลจากวินาศภัย ในการศึกษาทั้งหมด 52 แห่ง ได้สำรวจความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ ลักษณะของประชากรที่เป็นผู้ประสบภัย ลักษณะของวินาศภัย วิธีการ และชนิดของจิต พยาธิสภาพ จากการตรวจพบ ร้อยละ 7 - 40 ของผู้ประสบภัย แสดงอาการทางจิตพยาธิสภาพ ที่พบ สูงสุดคือ ความวิตกกังวลทั่วไป (General anxiety) พบประมาณร้อยละ 40.0 ของผู้ที่ประสบภัย และ พบอาการ Phobia ร้อยละ 32.0 Psychosomatic ร้อยละ 36.0 และ Alcohol abuse ร้อยละ 36.0 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 26.0 และ Drug abuse ร้อยละ 23.0

จากการศึกษาด้านนี้ทั้งหมดพบว่า ความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการคุกคาม หรือการสูญเสีย จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความรุนแรงของพยาธิสภาพ หรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น แม้ว่าปัจจัยที่ทำให้โน้มน้าวต่อการเกิดพยาธิสภาพยังคงเป็นเรื่องสำคัญ

6. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมไปพร้อมๆ กัน อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ต้องการได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หรือได้รับการช่วยเหลือที่ทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะกู้ภัย โดยจะเริ่มเห็นปฏิกิริยาทางจิตใจได้อย่างชัดเจน

สำหรับกลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เมื่อประสบอุบัติเหตุ นั้น แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

1. กลุ่มบุคคลที่ได้ผลกระทบจากภัยพิบัติ มีดังนี้

1.1 ผู้ประสบภัยโดยตรง คือ ผู้ที่สูญเสียทางกาย ทรัพย์สินของบุคคลใกล้ชิด อาการที่แสดงออกอาจมีตั้งแต่ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มือสั่น ตัวสั่น นอนไม่หลับ เครียด อ่อนไหวง่าย ไม่มีความสุข กลัว ระแวง ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้

1.2 ผู้รับรู้เหตุการณ์ คือ ผู้ที่ทราบข่าวเหตุการณ์จากทางสื่อมวลชนต่างๆ พวกนี้อาจมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกับผู้ประสบภัยโดยตรง ทั้งๆ ที่ตัวเองไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์

1.3 ผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย คือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยกู้ภัย เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร บุคลากรทางการแพทย์ ประชาสงเคราะห์ ฯลฯ ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น บุคคลกลุ่มนี้อาจมีอาการที่เรียกว่า Burn out กล่าวคือ อาจจะทุ่มเทความช่วยเหลือจนเกินกำลังตัวเอง ทำให้บางครั้งเกิดอาการหมดแรง หมดหวัง ท้อใจ ซึมเศร้า และอาจนำไปสู่สถานะเครียดอย่างรุนแรง

2. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ ได้แก่

2.1 ผู้ประสบภัยที่ผ่านวิกฤตการณ์รุนแรง เช่น ผู้ที่ติดอยู่ใต้ซากปรักหักพัง

2.2 ผู้ที่พบเห็นเพื่อนหรือคนใกล้ชิด เสียชีวิตลงต่อหน้า

2.3 ผู้ต้องย้ายถิ่นฐาน เนื่องจากภัยพิบัติ

2.4 ผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว

2.5 ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนเกิดเหตุการณ์

ในการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ นั้น จะมุ่งเน้นทั้งการป้องกันและการรักษาความผิดปกติทางจิตใจเนื่องจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ประสบภัยอาจมีความวิตกกังวลไม่แน่ใจในสุขภาพของตนเอง จึงต้องเน้นในปัญหาสุขภาพจิตและจิตใจ การค้นหาระบบความช่วยเหลือให้กับผู้ประสบภัย ส่วนการป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตใจนั้น ต้องจัดการกับปัญหาที่ผู้ประสบภัยปฏิเสธความจริง มีแหล่งให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ประสบภัยสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามมา

สำหรับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย รวมถึงการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบการช่วยเหลือตามที่นักวิชาการหลายท่านได้สรุปไว้ดังนี้

แผนงานสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2532) ได้วางแผนการปฏิบัติงานด้านจิตใจในผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้โดยแบ่งคณะกรรมการออกเป็น 3 ชุด คือ

1. การเฝ้าระวัง (Surveillance) โดยมีเป้าหมายแรกจะมุ่งไปยังกลุ่มประชากรที่ประสบอุทกภัยและได้รับความสูญเสียอย่างรุนแรง โดยเน้นในกลุ่มที่มีความเครียดสูงมาก และกลุ่มที่มีความเครียดสูง กลุ่มเหล่านี้จะได้รับการคัดเลือกรายชื่อโดยคณะแนจากแบบสำรวจความเครียด HOS (Health Opinion Survey) ประชากรกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านการรักษา และการป้องกัน โดยให้บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งได้รับการเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตมาแล้ว ตามโครงการ การผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบงานสาธารณสุข เป็นผู้ทำให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่กลุ่มเสี่ยง ตามแผนการช่วยเหลือ

2. การให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานคือบุคลากรสาธารณสุข จะได้ผ่านการเสริมความรู้หรือฝึกอบรมมาแล้วก็ตามเพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้ที่มีอยู่แล้ว ให้มีความกระฉับและลึกซึ้งยิ่งขึ้น และเข้าใจเป้าหมายของงานการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งจะช่วยให้ผลงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ได้ให้ความรู้กับกลุ่มกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มพัฒนาหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้สังเกตการณ์ในชุมชนอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้รายงานต่อบุคลากรสาธารณสุข

3. การจัดทีมงานสุขภาพจิต เพื่อการนิเทศงาน โดยจัดเป็นคณะกรรมการนิเทศงานเฉพาะกิจ โดยประกอบด้วยทีมงานในท้องถิ่น และทีมงานจากส่วนกลาง ซึ่งจะไปนานๆ ครั้ง การทำงานจะไปในรูปแบบของการให้คำปรึกษา หรือให้กำลังใจ โดยเน้นหนักในประชากรเป้าหมายที่วางไว้ในตอนต้น

ในเรื่องของการติดตามผลนั้น ก็ควรจะจัดทีมงานในการติดตามผล โดยร่วมกับทีมงานระดับท้องถิ่น และควรมีการสำรวจข้อมูลซ้ำกับกลุ่มที่เคยได้รับการสัมภาษณ์มาแล้ว เพื่อจะนำผลที่ได้มาศึกษาในแง่เปรียบเทียบ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2533) ได้สรุปการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ดังนี้

1. ด้านจิตใจ ให้การช่วยเหลือโดยการทำจิตบำบัดรายบุคคล เฉพาะผู้ที่มีภาวะ Crisis อย่างรุนแรง ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ทั้งที่ ในกรณีที่มีอาการทางกายทุเลาแล้ว และมีปัญหาคล้อยคลึงกัน จัดกลุ่มจิตบำบัด

สำหรับญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการท้อแท้ หดหู่ได้ให้การช่วยเหลือด้าน Psycho-Support เพื่อให้เกิดความหวัง และกำลังใจต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีปัญหาซับซ้อนมาก หลังจากพยาบาลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้นก็จะส่งต่อ เพื่อให้พบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คือ นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เป็นรายบุคคล

2. ด้านร่างกาย ในรายที่ผู้ป่วยมีบาดแผล หรือกระดูกหัก ให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในรายที่กระดูกหักเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ

3. ด้านสังคม ผู้ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจขณะมาการรักษาพยาบาลจะช่วยเหลือประสานงานโดยให้การปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์

กฤษฎา ชลวิริยะกุล (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2538 และได้เสนอแนะแนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยดังนี้

1. จัดโครงการการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประสบอุทกภัยอย่างต่อเนื่องระหว่างประสบอุทกภัยและหลังประสบอุทกภัย

2. เปิดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไปรษณีย์เฉพาะกิจ สำหรับผู้ประสบอุทกภัยตลอดเวลา เพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล

3. จัดโครงการฟื้นฟูสภาพจิตใจและสมรรถภาพทางกาย แก่ผู้ประสบอุทกภัยที่มีปัญหาหลังประสบอุทกภัยอย่างต่อเนื่อง

4. รับผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มีอาการรุนแรงเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อฟื้นฟูให้กลับเข้าสู่สภาพปกติโดยเร็ว

5. หน่วยงานทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ควรมีการร่วมมือประสานงานกันด้านการให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นในด้านต่างๆ โดยมีการวางแผนและจัดหน่วยออกให้บริการร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และหน่วยช่วยเหลือจากจังหวัด

6. การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยการปฏิบัติตัวการปรับตัวการปรับสภาพจิตใจในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสาร โปสเตอร์ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น หอกระจายข่าว เพื่อช่วยในการแนะนำเป็นการให้กำลังใจและการช่วยให้ผู้ประสบอุทกภัย รู้จักช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้ระดับหนึ่ง

7. ประสานจัดทำประวัติของผู้ประสบอุทกภัยที่มีความเครียดในระดับสูง เพื่อจัดทำโครงการให้บริการและการช่วยเหลือในการฟื้นฟู สภาพจิตใจและสมรรถภาพทางกายอย่างต่อเนื่องเป็นการติดตามและช่วยเหลือในกรณีที่เกิดอุทกภัยขึ้นอีก

สุดาพรรณ ธัญจิรา (2545) ได้แบ่งบทบาทของพยาบาลชุมชนในการช่วยเหลือการเกิดภัยพิบัติออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเกิดภัย ถือเป็นภาวะปกติพยาบาลต้องทำหน้าที่

1.1 ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเกี่ยวกับภัยพิบัติในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1.1.1 แนวโน้มของภัยพิบัติ

1.1.2 ผลของภัยพิบัติ

1.1.3 ความสมบูรณ์ของอุปกรณ์ในการบรรเทาภัยพิบัติ

1.1.4 ท้องที่และขอบเขตที่เกิดภัยพิบัติ

1.1.5 วิธีประสานงานระหว่างหน่วยปฏิบัติการบรรเทาภัยพิบัติ

1.1.6 ศึกษาภารกิจต่างๆ ในแผนรับภัยพิบัติในกรณีที่หน่วยงานได้เขียนแผนไว้แล้ว

1.2 การเตรียมรับภัยพิบัติ โดยการเขียนแผนรับภัยพิบัติของแต่ละโรงพยาบาล การเขียนแผนจะต้องยึดความสามารถในการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยจะต้องตั้งคณะกรรมการสร้างแผนการวางแผนจะต้องประกอบด้วยสิ่งหลักๆ ดังต่อไปนี้

1.2.1 กำหนดสถานที่และจุดปฏิบัติงาน

1.2.2 บอกวิธีการทำงาน ระบุหน้าที่ของแต่ละบุคลากรต่างๆ ให้เหมาะสมชัดเจน

1.2.3 จัดระบบการรักษาให้คล่องตัว

1.2.4 การสำรวจเวชภัณฑ์ เครื่องสาธารณูปโภค อาหาร เสื้อผ้าและยานพาหนะ

1.2.5 จัดระบบการสื่อสาร

1.2.6 กำหนดเส้นทางคมนาคม

1.2.7 ทดสอบแผนโดยการสมมติเหตุการณ์และประมวลผล

1.2.8 แก้ไขปรับปรุงแผนให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2. ระยะเกิดภัย มีหลักใหญ่ๆ ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยดังนี้

2.1 การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 วิเคราะห์สาเหตุและความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น

2.1.2 ทำการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตรายและ

ลดความเจ็บปวด

2.1.3 การส่งต่อ พิจารณาส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และป้องกันอันตรายเพิ่มขึ้นจากการส่งต่อ

2.2 การช่วยเหลือในหน่วยฉุกเฉินหรือในโรงพยาบาล

3. ระยะหลังเกิดภัย เป็นการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ประสบภัย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่

3.1 การฟื้นฟูด้านจิตใจ โดยการประเมินสภาพทางจิตใจ ผู้ที่ผ่านเหตุการณ์ที่เลวร้าย สภาพทางจิตอาจจะยังไม่ปกติ ถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูทางด้านจิตใจให้ดีขึ้น การฟื้นฟูทางกายก็ได้ผลน้อย ผู้ป่วยต้องเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และมั่นใจว่าจะใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ จึงจะมีกำลังใจในการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย

3.2 การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย

3.3 การหาสิ่งสนับสนุนอาจเป็นอุปกรณ์หรือบุคคลที่จะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.4 แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การฟื้นฟูเป็นไปได้อย่างราบรื่นและได้ผลสมบูรณ์

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเรื่องอุบัติเหตุยานั้น มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้
อุดม ลักษณะวิจารณ์ กิตติกร มีทรัพย์ และคณะ (2526) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่ประสบอุทกภัยในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2526 ได้ทำการศึกษาภายหลังจากสภาน้ำท่วมได้ผ่านพ้นไปแล้วประมาณ 1 เดือน พบว่า มีผู้มีความเครียดในระดับสูงมาก เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตอันสัมพันธ์กับอุทกภัย ร้อยละ 2.0 และมีความเครียดสูงแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8.0 ของกลุ่มตัวอย่าง 744 ราย

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2529) ได้เสนอรายงานการวิจัยเรื่อง ปฏิกริยาชุมชนต่อการตอบสนองต่อวินาศภัย โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ประสบภัยสงครามที่อำเภอตาพระยา จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ขณะเกิดเหตุการณ์ ประชาชนตื่นตระหนกต่างคนต่างหนีเอาตัวรอด และ 3 - 4 วันหลังจากนั้น ได้มีการรวมกลุ่มจัดเวรยามป้องกัน กลุ่มตัวอย่างที่สอง ได้แก่ ผู้ประสบอุทกภัยที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เมื่อเดือนสิงหาคม 2529 พบว่า ชุมชนไม่มีปฏิกริยาตอบสนอง เนื่องจากอุทกภัยเกิดเวลากลางคืนขณะทุกคนนอนหลับ และน้ำท่วมอยู่เพียง 6 ชั่วโมงก็ลด จากเหตุการณ์ทั้งสองนี้ ปฏิกริยาของผู้ที่ประสบวินาศภัย มีการแสดงออกทางอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรมแตกต่างกันไป โดยมีนัยสำคัญทางสถิติตามตัวแปรเรื่อง อายุ เพศ การศึกษา การมีญาติพี่น้องในหมู่บ้าน ระยะห่างจากจุดที่เกิดภัย การสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินของผู้ประสบวินาศภัย

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบวาตภัยและอุทกภัยจังหวัดชุมพร ดำเนินการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ไม่เคยรับการรักษาด้านจิตเวชจากที่ใดมาก่อน เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนของครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความคาดหวังต่อการให้ความช่วยเหลือ และระยะเวลาในการฟื้นตัว 3) แบบสอบถามความเครียด H.O.S เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ที่มารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมพร และที่หน่วยบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่ ซึ่งเดินทางไปให้บริการตามหมู่บ้านต่างๆ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2532 - 28 มกราคม 2533 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่ประสบวาตภัย อุทกภัยจากพายุนีลันเทียใน 3 อำเภอของจังหวัดชุมพร คือ อำเภอปะทิว อำเภอท่าแซะ อำเภอเมืองมารับบริการทั้งหมด 1,747 คน เป็นผู้หญิง ร้อยละ 61.7 อายุอยู่ในช่วง 25 - 45 ปี ร้อยละ 42.6 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.7 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.4 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.3 มีรายได้อยู่ในช่วง 9,001-18,000 บาท ร้อยละ 25.0 รองลงมา 18,001 - 24,000 บาท ร้อยละ 16.0 การสูญเสียไม่สูญเสียบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 92.1 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ของทั้ง 3 อำเภอ เปรียบเทียบก่อนและหลังเกิดอุบัติเหตุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังเกิดอุบัติเหตุ สูงกว่าก่อนเกิดอุบัติเหตุในทุกอำเภอ

สถาบันสุขภาพจิต (2535) ได้ทำการสำรวจและประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัวทางสังคม ของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ โดยการติดตามเยี่ยมครอบครัว ผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บและผู้สูญหายจากเหตุการณ์ 17 - 20 พฤษภาคม 2535 พบว่าญาติได้รับผลกระทบทางสังคม มากที่สุดคือ มีปัญหาเศรษฐกิจ ขาดรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ครอบครัวขาดผู้นำ และมีปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 13.2 ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น ญาติมีความเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา (2536) ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางสังคมและจิตใจของผู้ประสบเหตุการณ์จากเหตุเพลิงไหม้บริษัทเคเคอร์ อินดัสเทรียล (ไทยแลนด์) จำกัด โดยผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้บาดเจ็บ 421 ราย ครอบครัวผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย 190 ราย มีผู้ตอบกลับคืน 204 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.5 (สำหรับผู้บาดเจ็บ) ตอบกลับคืน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.7 (สำหรับครอบครัวผู้เสียชีวิต) ผลการวิจัย พบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ยังมีความพิการชั่วคราว ร้อยละ 48.5 เกินกว่าครึ่งมีฐานะขาดสน ร้อยละ 61.3 ผลกระทบทางสังคมที่ได้รับ ขาดแคลนเงินค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 70.1 ไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 60.8 ตกงาน ร้อยละ 60.8 ผลกระทบทางจิตใจ พบว่าหลังเกิดเหตุไฟไหม้ผู้บาดเจ็บมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนไฟไหม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในกลุ่มครอบครัวผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 65.7 ขาดสนทางการเงิน ร้อยละ 57.0 ผลกระทบทางสังคมและจิตใจที่ได้รับ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวได้รับความสะเทือนใจ ร้อยละ 75.5 ขาดรายได้จากผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย ร้อยละ 70.6 ขาดแคลนเงินค่าใช้จ่ายในครอบครัวและเกิดความเครียดในครอบครัว ร้อยละ 56.9 ไม่ทราบว่าจะขอความช่วยเหลือจากที่ใดและคนในครอบครัวรู้สึกสับสน วุ่นวายใจ มีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 49.0 ทางด้านจิตใจ พบว่า หลังไฟไหม้ญาติมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนไฟไหม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กฤษฎา ชลวิริยะกุล (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยจังหวัดชัยนาท โดยศึกษาจากประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนครอบครัว ครอบครัวเรือนละ 1 คน ในอำเภอเมืองชัยนาท และอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ที่ประสบอุทกภัยและเป็นผู้ไม่เคยรับการรักษาทันทีก่อนหน้านั้น จำนวน 189 ราย ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามความเครียด H.O.S (Health Opinion Survey) ผลการศึกษาพบว่า หลังประสบอุทกภัย ประชากรมีความเครียดสูงขึ้นกว่าก่อนประสบอุทกภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีผู้ที่มีความเครียดสูง มีปัญหาสุขภาพจิต 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.87 ซึ่งเป็นพื้นที่ประสบอุทกภัยรุนแรงคือ อำเภอสรรพยา ตัวแปรที่มีผลต่อความเครียดของผู้ประสบอุทกภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ เพศ และความสูญเสียที่ได้รับ สำหรับความเครียดที่มีของผู้ประสบอุทกภัยแสดงออกทางอาการมือสั่น มือเท้ามีเหงื่อออก ใจสั่น ใจเต้นแรง รู้สึกท้อแท้ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ตกใจจนเหงื่อแตก รู้สึกเจ็บปวดโดยไม่มีสาเหตุ เบื่ออาหาร การทำงานลดลง มึนศีรษะ กลุ้มใจ น้ำหนักลด หายใจไม่อิ่ม หายใจขัดหรือหอบ รู้สึกไม่มีแรง ไม่สบายใจ และมองโลกว่าไม่มีสิ่งมีค่า มีประโยชน์ อย่างไรก็ตามได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยจัดการฝึกอบรมผู้นำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครหมู่บ้าน เกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือทางด้านสังคม จิตใจ เบื้องต้น สอนเทคนิควิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองแก่ผู้มีปัญหาการใช้ธรรมะเข้าช่วย ในการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกบริการอย่างเร่งด่วนทันทั่วทั้งที่ และเพียงพอแก่ผู้รับบริการ การฟื้นฟูสภาพจิตใจและสมรรถภาพทางกายแก่ผู้ประสบภัยในรายที่มีอาการรุนแรง ด้วยการบำบัดบำบัดและพฤติกรรมบำบัด ร่วมไปกับการรักษาทางยา

สาวตรี อัยฉัตรกรชัย และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ประสบอุทกภัยระหว่างวันที่ 21 - 25 พฤศจิกายน 2543 ที่อำเภอหาดใหญ่ และบริเวณใกล้เคียง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute) ของประชาชน 2) สำรวจความชุกของอาการ Post traumatic stress disorder 3) ติดตามสำรวจซ้ำระยะยาว

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในระยะต่างๆ และคุณภาพชีวิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชนอำเภอหาดใหญ่และบริเวณใกล้เคียง วิธีการศึกษาโครงการวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบตัดขวางซ้ำ ทุก 2 - 3 เดือน จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ในพื้นที่ที่เป็นเขตนํ้าท่วมสูงและขังอยู่นาน 4 เขต ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 วันที่ 3 - 4 กุมภาพันธ์ 2544 ครั้งที่ 2 วันที่ 31 มีนาคม - 1 เมษายน 2544 ผู้เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 เป็นนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 4 และนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 ซึ่งได้รับการฝึกหัดในการเก็บข้อมูลชุมชนภายใต้การดูแลของนักวิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพ เก็บข้อมูลครั้งที่ 3, 4 และ 5 ในเดือน มิถุนายน สิงหาคม และพฤศจิกายน 2544 ตามลำดับ ผู้เก็บข้อมูลใน 3 ครั้งสุดท้ายใช้เจ้าหน้าที่อนามัย เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสบอุทกภัย ส่วนที่ 2) เป็นข้อมูลลักษณะของประชากร ส่วนที่ 3) เป็นแบบสอบถาม General Health Questionnair (GHQ) 12 ข้อ และแบบสอบถาม Impact of Event Scale (IES) 15 ข้อ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามรวม 590 คน เป็นชาย 208 คน หญิง 382 คน ร้อยละ 64 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า กลุ่มตัวอย่าง ครึ่งหนึ่งเป็นผู้ใช้แรงงานและร้อยละ 17 ทำงานบ้าน สำหรับสภาพจิตใจของประชาชนผู้ตอบแบบสอบถาม ในครั้งที่ 1 พบว่า ร้อยละ 40 ได้คะแนน GHQ มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งให้เห็นว่ามีปัญหาความเครียดหรืออาการทางจิตเวชในช่วง 7 วัน ก่อนการสำรวจ จากการวิเคราะห์ค่า IES พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 13.4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ มีอาการของภาวะความเครียดจากการเผชิญภัยพิบัติ (Post traumatic stress disorder symptoms) ก่อนข้างต่ำในขณะนั้น ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ IES ได้แก่การรับรู้ว่าคุณเองได้รับความสูญเสียอย่างรุนแรง การมีเศรษฐกิจยากจน การไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดน้ำท่วม จำนวนวันที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ และจำนวนรถที่จมน้ำ

จากการสำรวจสภาพทางจิตใจและอาการของภาวะความเครียดจากการเผชิญภัยพิบัติซ้ำในประชากรพื้นที่เดิมอีก 4 ครั้ง ห่างกันทุก 2 - 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 เขตมีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะความเครียดจากการเผชิญภัยพิบัติลดลงในการสำรวจ ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในการสำรวจ ครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นช่วงครบรอบ 1 ปี ของการเกิดน้ำท่วม

วันดี เนตรไสว และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยบริการปรึกษาหลังอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดทุกข์ร้อน วิธีการ 1) จัดเตรียมการ ร่วมมือกับสโมสรไลออนส์ (ฮาโมนี) และแกนนำ อสม. ในการประชุมวางแผนการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือเชิงบริการปรึกษา จึงจัดให้มีการอบรมบริการปรึกษาแก่แกนนำ อสม. และสมาชิกสโมสรไลออนส์ เพื่อเป็นทีมสุขภาพ 2) จัดดำเนินการ ออกหน่วยเคลื่อนที่ตามชุมชนเป้าหมาย 5 ชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักธุรกิจภาคเอกชน และอื่นๆ โดยจัดให้มีการบริการปรึกษาปัญหาทางร่างกายจิตใจและสังคม มีการตรวจรักษาโรค มอบยาสามัญประจำบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน จัดทำบัตรผู้พิการและอุปกรณ์ช่วยเหลือ ความพิการ รวมทั้งบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ เพื่อการดำรงชีพ ผลที่ได้รับ ชุมชนในอำเภอหาดใหญ่ 5 ชุมชน ได้รับยา

จำนวน 120 ราย ได้รับสิ่งของจำนวน 200 ราย บริการปรึกษาและแนะนำจำนวน 280 ราย เยี่ยมบ้าน จำนวน 30 ครอบครัว พบผู้มีภาวะเครียดและปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 80 ราย (นอนไม่หลับ วิตกกังวล ห่อเหี่ยว ซึมเศร้า) ผู้พิการ 10 ราย ที่ได้รับการช่วยเหลือรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ในลักษณะเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือเป็นทีมสุขภาพ สร้างพลังการบริการแบบองค์รวม ผสมผสาน และเกิดประสิทธิภาพสู่ประชาชน 3) สรุปและข้อเสนอแนะ การดำเนินการครั้งนี้พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ จะปรับตัวและยอมรับกับสถานการณ์ได้ เนื่องจากเกิดการช่วยเหลือจากหลายๆ องค์กร และประชาชนเกิดการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน สิ่งสำคัญเหตุการณ์ครั้งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเองเพียงเท่านั้น แต่เกิดขึ้นกับทุกคนชาวหาดใหญ่ที่ต้องประสบภาวะเช่นนี้ อีกมุมหนึ่งเหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้ประชาชนมองเห็นไมตรี กำลังใจที่มอบให้แก่กัน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทุกคนสามารถใช้ชีวิตและปรับตัว พร้อมทั้งจะต่อสู้ไปได้

สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของอุทกภัย ต่อ ปัญหาสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากอุทกภัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดยศึกษาจากประชาชน ตำบลดอนหว่าน อำเภอห้วยตะพาน จ. อำนาจเจริญ ที่ได้รับผลกระทบจาก น้ำท่วม ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะศึกษาจำนวนทั้งหมด 65 คน แต่สมัครใจเข้ารับการประเมินและวิเคราะห์ ความเครียด และรับการตรวจจากจิตแพทย์ จำนวน 52 คน

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มารับการประเมินและวิเคราะห์ความเครียด จำนวน 52 คน มีอายุเฉลี่ย 51 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.2 ผลการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 51.9 โดยมีความเครียดสูงกว่าปกติมากเพียง 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.6 ซึ่งเป็นผู้หญิงทุกคน จากผลการ วิจัยของจิตแพทย์ พบว่า ประชาชนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับยาทางจิตเวช จำนวน 29 คน คิดเป็นอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 55.8 โดยเป็นผู้ป่วยเก่า 22 คน ผู้ป่วยใหม่ 7 คน ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตจากผลกระทบของอุทกภัย ร้อยละ 13.5 โดยมีอาการแสดง ที่พบ มากที่สุดคือ การนอนไม่หลับ ร้อยละ 34.9 รองลงมาปวดศีรษะบริเวณขมับและท้ายทอย รวมทั้ง มีอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 27.9 นอกจากนี้ พบว่า ชนิดและปริมาณยาที่ใช้ในการให้บริการมากที่สุด คือ Diazepam, Amitriptyline คิดเป็น ร้อยละ 77.6 จากการศึกษานี้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ว่า ประชาชน ที่ประสบ อุทกภัยมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะผู้ป่วยเก่า

สมหมาย เลหาะจินดา และเจริญพร กิจชนะพานิชย์ (2546) ได้ทำการศึกษา เรื่องการศึกษา ผลกระทบทางสังคมและจิตใจของญาติผู้เสียชีวิต กรณีการระเบิดในโรงงานอบลำไยของบริษัทหงไทย เกษตรพัฒนา จำกัด อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านจิตใจ และสังคมของครอบครัวผู้เสียชีวิต จากเหตุการณ์โรงงานอบลำไยของบริษัทหงไทยเกษตรพัฒนา จำกัด ซึ่งตั้งอยู่ที่บ้านทุ่งฟ้าบด ตำบลบ้านกลาง อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้เกิดระเบิดขึ้นในวันที่ 19 กันยายน 2542 ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต วิธีการโดยการ สัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ 27 ราย ส่วนจังหวัดอื่นๆ อีก 9 ราย ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังครอบครัวผู้เสียชีวิต แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและแบบวัดภาวะสุขภาพจิต (พัฒนาขึ้นโดย อัมพร โอตระกูล และคณะ) ญาติผู้เสียชีวิตตอบแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ได้ 30 ราย (ร้อยละ 83.33) โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบเปรียบเทียบค่า t (t-test) ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้เสียชีวิตที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน อายุ 35 - 65 ปี (ร้อยละ 76.6) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 56.7) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีบุตร (ร้อยละ 86.7) ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 50.0) ประกอบอาชีพทางการเกษตรและรับจ้าง (ร้อยละ 33.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 73.3) มีรายได้เดือนละ 2,001 - 3,000 บาท (ร้อยละ 43.3) ฐานะของครอบครัวก่อนเกิดเหตุการณ์ พอกินพอใช้ (ร้อยละ 63.3) หลังเกิดเหตุการณ์ฐานะทางการเงิน ไม่พอใช้ (ร้อยละ 46.7) มีที่อยู่เป็นของตนเอง (ร้อยละ 96.7) โดยมีผู้อาศัยในครอบครัว 2 - 4 คน (ร้อยละ 83.3) มีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตเป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 60.0) สำหรับผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เพิ่งทำงานในโรงงานไม่ถึง 6 เดือน (ร้อยละ 80.0) มีรายได้ระหว่าง 4,001 - 5,000 บาท (ร้อยละ 46.7) โดยมีบทบาทเป็นผู้หาเลี้ยง ครอบครัว (ร้อยละ 80.0) ผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ญาติผู้เสียชีวิตได้รับคือทั้งหมดได้รับความสะเทือนใจ รongลงมาร้อยละ 90.0 ขาดรายได้จากผู้เสียชีวิต ร้อยละ 83.3 ขาดแคลนค่าใช้จ่ายในครอบครัวร้อยละ 70.0 เกิดภาวะความเครียดในครอบครัว และร้อยละ 56.7 คน ในครอบครัวรู้สึกสับสนวุ่นวายใจ ทั้งนี้ความต้องการ ที่ญาติผู้เสียชีวิตต้องการการช่วยเหลือมากที่สุดคือ การช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 86.7) รองลงมาต้องการ ความช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจ เช่น การพูดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ การตรวจเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในระยะยาว ฯลฯ ร้อยละ 56.7 สำหรับภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้เสียชีวิต ก่อนเกิดเหตุการณ์ส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 66.7 มีภาวะสุขภาพจิตดีปานกลาง ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 6.7 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี หลังเกิดเหตุการณ์ญาติผู้เสียชีวิตมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเพิ่มเป็นร้อยละ 46.7 ภาวะ สุขภาพจิตดีปานกลาง ร้อยละ 36.7 และภาวะสุขภาพจิตดีเหลือเพียง ร้อยละ 16.7 แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนรวมภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อนเกิดเหตุและหลังเกิดเหตุการณ์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปและข้อเสนอแนะ แนวทางในการช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์ควรมีบทบาทในการเป็นตัวกลางโดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน การติดต่องาน เพื่อให้ญาติผู้เสียชีวิตเข้าถึงทรัพยากรที่ต้องการและมีอยู่เป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

Shore JH. และคณะ (1986) รายงานวินาศภัยเกี่ยวกับภูเขาไฟระเบิด ที่ชื่อ Mt. St.Helen พบว่า ลักษณะปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการเครียดหลังประสบวินาศภัย

Lima ในปี 1986 ศึกษารายงานผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบวินาศภัย จำนวน 18 รายงาน พบว่ามี 4 รายงานที่เสนอว่า มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยแต่มีถึง 12 รายงาน ที่กล่าวว่า มีผลกระทบที่รุนแรง และมีระยะยาวนาน อีก 2 รายงาน ได้เสนอผลกระทบที่มีลักษณะเฉพาะในเด็กที่ประสบวินาศภัย ความแตกต่างกันของผลกระทบอาจเกิดจากระดับความรุนแรง และสถานภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งเป็นสถานที่ที่เกิดวินาศภัยนั้นตั้งอยู่ United States Agency for International Development (USAID) ได้รายงานไว้ในปี 1986 ว่า ในศตวรรษที่ 20 หากไม่รวมสหรัฐอเมริกาแล้ว ได้เกิดวินาศภัยขึ้น 2,392 ครั้ง

โดย ร้อยละ 86.4 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา มีผู้เสียชีวิต 42 ล้านคน ร้อยละ 78.0 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา มีผู้ได้รับผลกระทบจากวินาศภัย 1.2 พันล้านคน และในจำนวนนี้ร้อยละ 97.5 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้นอัตราส่วนระหว่าง ผู้ประสบวินาศภัยแต่ไม่เสียชีวิต กับผู้ที่เสียชีวิต คิดเป็น 2.9 ต่อ 1 แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนา อัตราส่วนนี้สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 เท่า ซึ่งหมายความว่า หากวินาศภัยเกิดขึ้นในประเทศ ที่กำลังพัฒนา จะมีประชากรที่ต้องรับผลกระทบเป็นจำนวนมาก และหากประเทศนั้นมีทรัพยากรจำกัด ผลกระทบทางสุขภาพจิตจะรุนแรงและยาวนาน เนื่องจากผู้ประสบวินาศภัยจะไม่ได้รับความช่วยเหลือพอเพียง และทัน กับความต้องการภายในระยะเวลาที่สมควร

ในรายงานฉบับเดียวกัน Lima ได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรที่ประสบวินาศภัยจากภูเขาไฟระเบิดในเมืองเล็กๆ แห่งหนึ่ง ในประเทศ โคลอมเบีย พบว่า การประสบกับเหตุการณ์อันน่าสะพรึงกลัว การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การไม่เคยคาดคิดถึงอันตรายที่จะเกิดมาก่อน การไม่เคยวางแผนปกป้องตนเอง การได้รับภัยอันตรายต่อร่างกาย ไม่ว่าจะรักษาหายขาดหรือไม่ก็ตาม และการที่ตนไม่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น เหล่านี้เป็นตัวแปรที่ไม่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ภายหลังการประสบวินาศภัย ในทางตรงกันข้าม การสูญเสียการประกอบอาชีพ การรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความช่วยเหลือ การไม่รู้กำหนดที่จะได้ย้ายออกจากศูนย์ช่วยเหลือชั่วคราว และความไม่พอใจเรื่องที่อยู่ที่ทำกิน ที่ได้รับการจัดสรร เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. แนวคิดในการดำเนินการงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดแนวคิดในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย เป็นภัยหรือเหตุการณ์ที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียสมดุลอย่างรุนแรงของสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ของบุคคล และการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดอาการหรือความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมของผู้ประสบอุทกภัย ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบอุทกภัย มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งปฏิกริยาทั้ง 2 ระยะ คือ 1) ระหว่างการเกิดอุบัติเหตุ 2) ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Perry , Lindell, 1974) หรือแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเกิดเหตุการณ์ 2) ระยะกู่ก๊วยหรือระยะเวลา ที่ผู้ประสบอุทกภัยได้รับความเห็นอกเห็นใจ 3) ยังอยู่ในระยะกู่ก๊วย แต่ช่วงเวลานานหลายเดือนหรืออาจเป็นปี องค์กรต่างๆ ที่ช่วยเหลือเริ่มห่างหายไปหมด จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยรู้สึก ผิดหวัง ขมขื่นและรู้สึกโกรธองค์กรต่างๆ 3) ระยะฟื้นฟูบูรณะหรือระยะสร้างตัว (กรมสุขภาพจิต, 2543 ; Cohen, et al, 1987)

ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอาจมีความรุนแรงของอาการมากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตและแหล่งสนับสนุน ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญต่อการช่วยเหลือของคนในชุมชนนั้นๆ หรืออยู่ในชุมชนที่ประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ (WHO, 1992) เหตุการณ์อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน การบาดเจ็บและความทุกข์ทรมานของเหตุการณ์ที่มีต่อบุคคลนั้นๆ แตกต่างกัน เช่น การบาดเจ็บอันตรายต่อร่างกายของตนเองอย่างมาก การเห็น

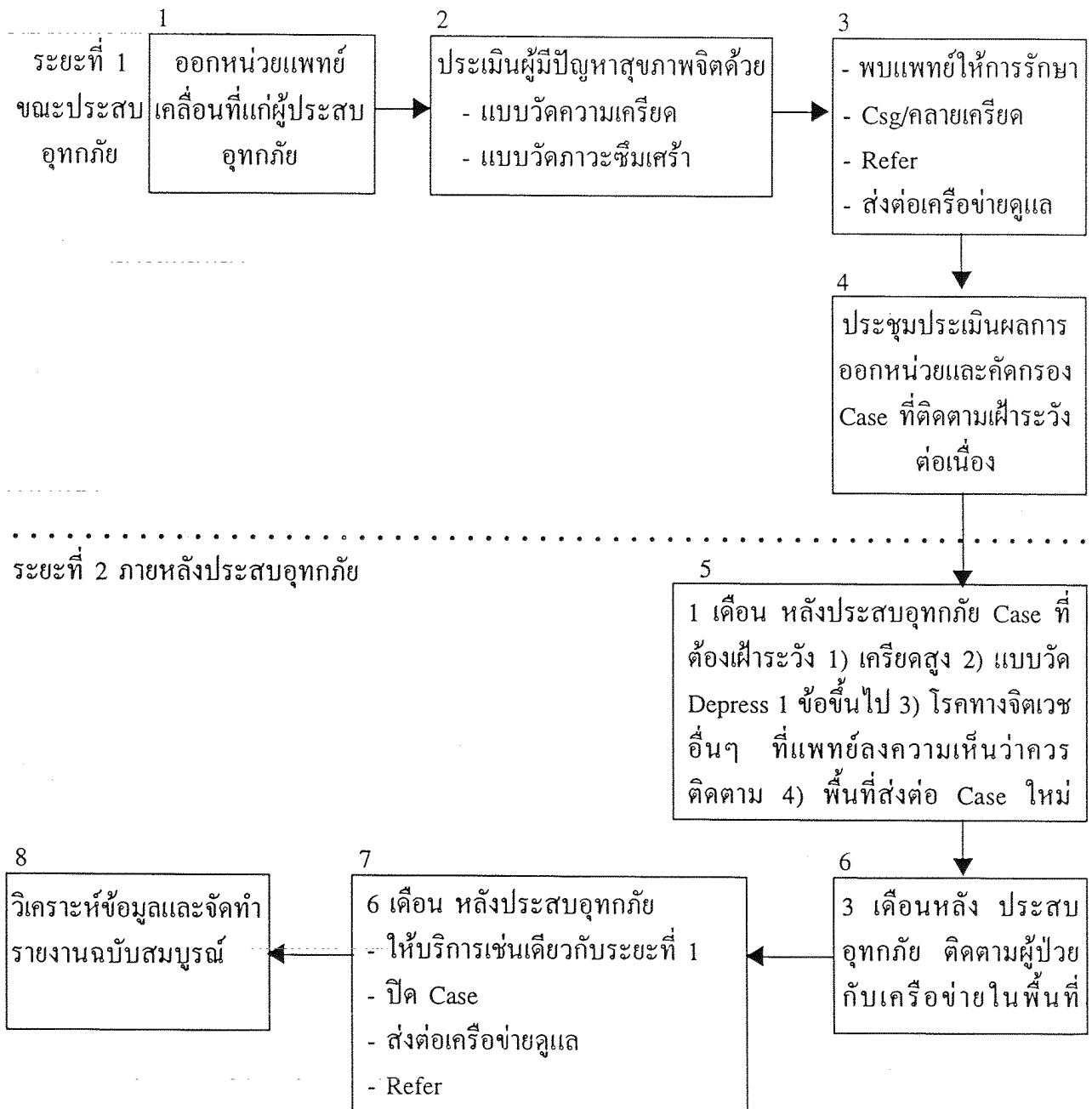
ภาพซากศพหรือชิ้นส่วนของร่างกาย ในระหว่างเกิดอุบัติเหตุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Green B, 1990) เป็นต้น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพบกับภาวะวิกฤตนี้ อาจมีปฏิกริยาตอบสนองได้ตั้งแต่ 1) เกิดความวิตกกังวลระดับสูง 2) เกิดภาวะซึมเศร้า 3) มีปฏิกริยาตอบโต้ในทางรุนแรง ทั้งในการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น 4) เกิดความทุกข์โศกเสียใจ (ทัศนยา บุญทอง, 2544 ; Johnson BS, 1986 ; Rosen A, 2003)

ในการดำเนินการช่วยเหลือ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัว และฟื้นฟูสภาพจิตใจของตนเองจนกระทั่งผ่านพ้น ภาวะวิกฤตแห่งชีวิต สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจตามมาเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ตามกรอบแนวคิดของ (Ursano, et al, 1995) โดยกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานดังนี้

ระยะที่ 1 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย โดยประเมินผู้มีปัญหา สุขภาพจิตด้วย แบบวัดความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้า ส่งพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรค และให้การ รักษา ให้บริการปรึกษา คลายเครียดหรือส่งต่อไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ตามความเหมาะสมและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในแต่ละคน ส่งต่อผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับตำบล อำเภอ ดูแลต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังประสบอุทกภัย ดำเนินการภายหลัง ประสบอุทกภัย 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยให้บริการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเฉพาะผู้ป่วย ที่มีความเครียดในระดับสูงขึ้นไปหรือมีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อหรือ 1 คะแนนขึ้นไป หรือโรคทางจิตเวช ที่แพทย์ลงความเห็นว่าต้องดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยรายใหม่ที่เครือข่ายในพื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก สำหรับวิธีการให้บริการดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ในการดำเนินการนี้เครือข่ายระดับเขต คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะดำเนินการให้บริการต่อเนื่อง เฉพาะภายหลังประสบอุทกภัย 1 และ 6 เดือน ส่วนภายหลังประสบอุทกภัย 3 เดือน จะเป็นการติดตามผลการรักษาโดยประสานงานกับเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับอำเภอและตำบลว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง มีอาการเป็นอย่างไร สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติหรือไม่ หากพบว่ามีปัญหามาก สามารถปรึกษากับแม่ข่ายระดับเขตได้ตลอด 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ หรือส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ได้ การให้บริการครั้งสุดท้ายคือ 6 เดือน ภายหลังประสบอุทกภัย จะยุติบริการ และส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องให้เครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อไป และสามารถขอรับการปรึกษาจากแม่ข่าย ระดับเขตได้ หากผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบขึ้นอีกดัง ภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดำเนินงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งในด้านประสิทธิผลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน ตลอดจนรูปแบบในการดำเนินงาน ตั้งแต่ผู้รับบริการประสบอุทกภัย จนถึงหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ผู้รับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย โดยทีมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใน 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู ในระหว่างเดือนกันยายน 2545 ถึงเดือนพฤษภาคม 2546

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ประสบอุทกภัยที่มารับบริการที่

1. สถานีอนามัยตำบลพระลับ โกลสี บึงเนียม อ.เมือง จ.ขอนแก่น
2. สถานีอนามัยบ้านท่ามะเค็ด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
3. สถานีอนามัยตำบลเจ้าท่า อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
4. สถานีอนามัยตำบลบ้านฝาง กิ่งอำเภอสระใคร จ.หนองคาย
5. สถานีอนามัยตำบลพังงู อ.หนองหาน จ.อุดรธานี
6. สถานีอนามัยตำบลป่าไม้งาม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 ขณะประสบอุทกภัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ประสบอุทกภัยที่มารับบริการ ณ สถานีอนามัยดังกล่าวข้างต้นใน 5 จังหวัด เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีน้ำท่วมมากและท่วมขังเป็นระยะเวลานาน โดยมีผู้มารับบริการทั้งหมด 846 คน

การศึกษาระยะที่ 2 ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ที่มีคะแนนแบบวัดความเครียดอยู่ในระดับสูงขึ้นไปหรือ
- 2.2 เป็นผู้ที่มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ หรือ 1 คะแนน ขึ้นไปหรือ
- 2.3 เป็นผู้ที่มีแพทย์วินิจฉัยโรคในการศึกษาระยะที่ 1 ว่าเป็นโรคต่อไปนี้ Anxiety disorder, Stress-related disorder, Depression disorder และ Psychotic disorder
- 2.4 เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ซึ่งไม่ได้อยู่ในคุณสมบัติข้อ 2.1 - 2.3 แต่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ส่งต่อขณะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการศึกษาระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นถ้ามีคุณสมบัติเพียงข้อใดข้อหนึ่ง ทีมสุขภาพจิตจะบริการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน ภายหลังประสบอุทกภัย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 188 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเฉพาะในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 5 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมี 7 ข้อ ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพจิตในเรื่องใดบ้าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย มี 5 ข้อ ได้แก่ ความเสียหายที่ได้รับ ความเครียดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วมหรือไม่ ท่านได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างเมื่อเกิดน้ำท่วม ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับหรือไม่ ท่านยังต้องการการช่วยเหลือเรื่องใดบ้างเรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ที่เคยพัฒนาไว้ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

ส่วนที่ 5 การวินิจฉัยโรคและการรักษา มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ผลการประเมินแบบวัดความเครียดและภาวะซึมเศร้า อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งต่อ เพื่อให้การปรึกษาหรือคลายเครียด ผลการให้การปรึกษาหรือคลายเครียด

สำหรับแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 1 และ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน และทดลองสัมภาษณ์กันเอง เพื่อทดสอบความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง เนื่องจากข้อมูลในส่วนที่ 1 และ 2 เป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสบอุทกภัย ซึ่งเป็นข้อมูลจริงของผู้ประสบอุทกภัยแต่ละคนจึงไม่ได้้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สำหรับแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง และแบบประเมินโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ซึ่งอยู่ในส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 เป็นเครื่องมือที่ทำการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว จึงสามารถนำไปดำเนินการได้เลย

แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 5 เป็นแบบสรุปในการวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ประสบอุทกภัยทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามความต้องการของแพทย์ผู้ตรวจรักษา และผู้ให้บริการการปรึกษาและคลายเครียด

3. การดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ดำเนินการในเดือนกันยายน 2545 ดังนี้

1.1 ประสานงานกับพื้นที่ที่ประสบภาวะวิกฤตมากในเขต 6 เพื่อกำหนดจุดในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการให้บริการในแต่ละจังหวัด

1.2 ประชุมทีมสุขภาพจิตเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและหาแนวทางการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เกษตรกร และผู้ช่วยทันตแพทย์

1.3 จัดเตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตลอด 24 ชั่วโมง

1.4 ประสานงานกับพื้นที่ที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการ ให้ทราบถึงขั้นตอนการให้บริการ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึง กำหนดการและบริการต่างๆ

2. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 - ตุลาคม 2545 ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ทีมสุขภาพจิตออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตามสถานที่ และวันเวลาที่กำหนด ในแต่ละครั้งมีทีมสุขภาพจิตที่ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการ ตั้งแต่ 8 - 16 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้รับบริการและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แจ้งให้ทราบ โดยในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการส่วนใหญ่จะให้บริการร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของจังหวัดที่ประสบอุทกภัย

2.2 คัดกรองผู้มารับบริการทุกคนเบื้องต้น (846 คน) โดยใช้คำถามว่า “ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของท่านหรือไม่” ถ้าตอบว่า มีผลกระทบ ต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการอะไรบ้างแก่ตนเอง และอาการที่เกิดทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร จากคำถามทั้งหมดจะได้อาการสำคัญที่ต้องมารับบริการในครั้งนี้ และได้ข้อสรุปว่าจากผลกระทบจากอุทกภัย ที่เกิดขึ้นกับตนเองทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ถ้าผู้รับบริการตอบว่าทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะส่งพบทีมสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย ในกรณีถ้าตอบว่าไม่มีปัญหาหรือสบายใจไม่ทุกข์ใจจะชักประวัติอาการต่างๆ ที่มาพบแพทย์และจะส่งผู้รับบริการกลุ่มนี้พบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรคและรับยากลับบ้าน (ส่งพบทีมสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย 281 คน ไม่มีปัญหาหรือไม่ทุกข์ใจ รับยากลับบ้าน 565 คน)

2.3 ผู้รับบริการที่ถูกสัมภาษณ์ด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย ผู้สัมภาษณ์เมื่อสัมภาษณ์เสร็จจะสรุปผลการสัมภาษณ์ในส่วนของแบบวัดความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ลงในส่วนที่ 5 ให้แพทย์ทราบเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

2.4 เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์ แพทย์จะสั่งการรักษา และในบางรายอาจส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษา และคลายเครียด หรือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้านกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน แพทย์และผู้ให้การปรึกษา สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องในส่วนที่ 5 ให้เรียบร้อย และส่งผู้ป่วยไปปรึกษา ณ หน่วยจ่ายยา จากนั้นกลับบ้านได้

2.5 ทีมสุขภาพจิตสรุปรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และส่งรายชื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ 5 จังหวัดทราบ สำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตคือ กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนนี้คงเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวัง 188 คน

3. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ประสานงานกับพื้นที่ที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อประสานวัน เวลา สถานที่ และผู้รับบริการที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตให้มารับบริการตามกำหนดนัด

3.2 ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตามกำหนดการในข้อ 3.1 โดยภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน ให้บริการในเดือนพฤศจิกายน 2545 หลังประสบอุทกภัย 6 เดือน ในเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2546 ทำการให้บริการเฉพาะกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง 188 คน การให้บริการจะดำเนินการ โดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ทุกคนด้วยแบบวัดความเครียด แบบประเมินโรคซึมเศร้า และสรุปผลคะแนนจากแบบประเมินทั้งสองชนิดในรายงาน จากนั้นส่งต่อผู้รับบริการพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค ส่งการรักษาด้วยยา และให้ผู้รับบริการรับยากลับบ้าน บางรายแพทย์จะส่งต่อให้รับบริการการปรึกษาและคลายเครียดหากพบว่ายังมีปัญหาสุขภาพจิตมาก และในการพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค และให้การรักษาแต่ละราย จะมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและประวัติการรักษาของผู้ป่วยซึ่งเคยให้บริการในครั้งที่ผ่านมาให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัยและรักษาอีกด้วย

3.3 การติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง 188 คน หลังน้ำลด 3 เดือน ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2546 ดำเนินการโดยการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อทราบว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีสุขภาพจิตรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติเช่นเดิมหรือไม่ โดยไม่ได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกให้บริการเช่นเดียวกับข้อ 3.2

4. การประเมินผล และสรุปรายงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละระยะและติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ Refer ไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ จัดพิมพ์และเผยแพร่

4. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 นำข้อมูลที่ได้รับในแต่ละวันมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 - 5 ตามรหัสคอมพิวเตอร์

4.2 นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม SPSS / PC⁺ โดยใช้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย ระดับความเครียดภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยขณะประสบเหตุการณ์
- ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน
- ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน
- ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์
- ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
- ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยขณะประสบเหตุการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ที่ทำการศึกษาทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 22.5 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.8 อายุเฉลี่ย 45.14 (S.D. 19.17) เมื่อทำการศึกษาว่า ผู้รับบริการอาศัยอยู่ในจังหวัดใดบ้าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 42.3 รองลงมาจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 25.8 หนองคาย ร้อยละ 16.0 หนองบัวลำภู ร้อยละ 10.9 และ อุดรธานี ร้อยละ 5.1 ดังตารางที่ 1

เนื่องจากการดำเนินงานของทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ช่วยเหลือผู้ประสบภัย 846 คน ก่อนพบแพทย์จะทำการคัดกรองโดยพยาบาล ก่อนว่า มีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันหรือไม่ ถ้าไม่มี ก็เข้าพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจรักษา แต่ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตก็จะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลการประสบอุทกภัย ประเมินด้วยแบบวัดความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อน และสรุปผลจากการประเมินให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป ฉะนั้นในตารางที่ 2 จะเป็นข้อมูลทั่วไป เฉพาะของผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 74.7 รองลงมาสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 17.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.3 รองลงมา จบการศึกษาระดับอื่นๆ (หมายถึงกำลังศึกษา) ร้อยละ 2.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 92.5 รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 2.8 จังหวัดที่อยู่อาศัย

อยู่ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 54.1 รองลงมาอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 15.3 สำหรับผลการศึกษาว่าขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค) พบว่าส่วนใหญ่ตอบอื่นๆ ระบุหมายถึงเป็นโรคเกี่ยวกับตา ไต ภูมิแพ้ ดับอักเสบ คอพอก พยาธิ ลำไส้อักเสบ หรือมีปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 ปัญหา เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมาไม่มีปัญหาในเรื่องใดเลย ร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบธุรกิจในเขต 6 (n = 846 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	269	31.8
	หญิง	577	68.2
อายุ			
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	100	11.8
	21 - 30 ปี	64	7.6
	31 - 40 ปี	144	17.0
	41 - 50 ปี	190	22.5
	51 - 60 ปี	172	20.3
	60 ปีขึ้นไป	176	20.8
หมายเหตุ อายุเฉลี่ย 45.14 (S.D. 19.17) มัธยฐาน 46 ปี			
จังหวัดที่ให้บริการ			
	ขอนแก่น	358	42.3
	กาฬสินธุ์	218	25.8
	อุดรธานี	43	5.1
	หนองคาย	135	16.0
	หนองบัวลำภู	92	10.9

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัย (เฉพาะที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น)
ในเขต 6 (n = 281 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		51	18.2
หญิง		230	81.8
สถานภาพสมรส			
โสด		7	2.5
คู่		210	74.7
ร้าง / แยกกันอยู่		12	4.3
หย่า		2	0.7
หม้าย		50	17.8
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา		265	94.3
มัธยมศึกษาตอนต้น		3	1.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย		3	1.1
ต่ำกว่าปริญญาตรี		1	0.4
ปริญญาตรี		1	0.4
อื่นๆ (ระบุ)		8	2.8
อาชีพ			
เกษตรกรรวม		260	92.5
รับจ้าง		6	2.2
รับราชการ		1	0.4
แม่บ้าน		8	2.8
อื่นๆ (ระบุ)		6	2.1
จังหวัดที่อยู่อาศัย (เฉพาะที่ผ่านการคัดกรอง)			
ขอนแก่น		152	54.1
กาฬสินธุ์		34	12.1
อุดรธานี		43	15.3
หนองคาย		31	11.0
หนองบัวลำภู		21	7.5

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัย (เฉพาะที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น)
ในเขต 6 (n = 281 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ขณะนี้ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค n = 279)		
โรคหัวใจ	13	4.6
ความดันโลหิตสูง	10	3.6
ข้ออักเสบ	8	2.9
เบาหวาน	15	5.4
หลอดเลือดอักเสบ	1	0.4
อื่นๆ (ระบุ)	139	49.8
ไม่มีปัญหาในเรื่องใดเลย	93	33.3

1.2 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย

ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด (n = 281) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความเสียหายที่ได้รับร้อยละ 96.8 เป็นความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ น้ำท่วม ร้อยละ 69.4 ความเสียหายทางด้านที่ทำการเกษตรส่วนใหญ่ น้ำท่วมนาข้าว ร้อยละ 47.0 รองลงมาน้ำท่วมสวนและไร่ ร้อยละ 19.6 ไม่มีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 99.6 รองลงมามีผู้เสียชีวิต 1 ราย ร้อยละ 0.4 (ผู้เสียชีวิตมีอายุมากและต้องย้ายผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่นเนื่องจากน้ำท่วมบ้าน ต่อมาเมื่อโรคทางกายแทรกซ้อนจึงถึงแก่กรรม) ปริมาณความเสียหายที่ได้รับส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 15,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 26.7 รองลงมาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ร้อยละ 23.8

ความเครียดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วมหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นผลกระทบจากน้ำท่วม ร้อยละ 69.7 รองลงมาเป็นอย่างอื่นและเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.3 ในด้านของความช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อน้ำท่วมส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ (หมายถึง ทั้ง 3 ข้อรวมกันคือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค) ร้อยละ 77.2 รองลงมาได้รับการช่วยเหลือด้านอาหาร ร้อยละ 20.3

ระดับความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับ ส่วนใหญ่มีความพอใจมาก ร้อยละ 74.0 รองลงมาพอใจเล็กน้อย ร้อยละ 13.5 ในด้านของความต้องการการช่วยเหลือในอันดับ 1 ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ตนเองต้องการมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด พบว่า ที่ต้องการมากที่สุดคืออาหารและพันธุ์พืชมีจำนวนเท่าๆ กัน คือ มีผู้เลือกตอบในเรื่องนี้ 216 คน อันดับ 3 คือ ยารักษาโรค อันดับ 4 ภาวะการเงิน อันดับ 5 ด้านอื่นๆ หมายถึง ช่วยประสานงาน ให้ธนาคารลดหนี้หรือปลอดดอกเบี้ย หรือยึดการชำระหนี้ออกไปก่อน และมีงานทำช่วยเพิ่มรายได้ในหมู่บ้าน อันดับ 6 เครื่องนุ่งห่ม อันดับ 7 การซ่อมแซมบ้านพักอาศัย ดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 281)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสบอุทกภัย	จำนวน	ร้อยละ
ความเสียหายที่ได้รับ		
ได้รับ	272	96.8
ไม่ได้รับ	9	3.2
ความเสียหายที่ได้รับด้านที่อยู่อาศัย		
ไม่ท่วม	86	30.6
ท่วม	195	69.4
ความเสียหายทางด้านที่ทำกรเกษตร		
1. ท่วมนาข้าว	132	47.0
2. ท่วมสวน ไร่	55	19.6
3. ท่วมทั้งนาข้าว สวน ไร่	32	11.4
4. สัตว์เลี้ยงได้รับความเสียหาย	2	0.7
5. สัตว์เลี้ยง ไร่นา สวน ได้รับความเสียหาย	38	13.5
6. ไม่ท่วม	22	7.8
มีผู้เสียชีวิต		
มี	1	0.4
ไม่มี	280	99.6
ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับ		
1. ประมาณไม่ได้	24	8.5
2. น้อยกว่า 15,000 บาท	67	23.8
3. 15,001 - 30,000 บาท	75	26.7
4. 30,001 - 50,000 บาท	51	18.2
5. มากกว่า 50,000 บาท	55	19.6
6. ไม่ตอบ	9	3.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 281) (ต่อ)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสบอุทกภัย	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วม		
1. ไม่เกี่ยว	19	6.8
2. เป็นผลกระทบจากน้ำท่วม	196	69.7
3. เป็นอยู่ก่อนและเพิ่มขึ้นเมื่อประสบอุทกภัย	57	20.3
4. ไม่ตอบ	9	3.2
การช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อเกิดน้ำท่วม		
1. อาหาร	57	20.3
2. เครื่องนุ่งห่ม	1	0.4
3. ยารักษาโรค	6	2.1
4. อื่นๆ (ระบุ)	217	77.2
ระดับความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับ		
1. ไม่พอใจ	4	1.4
2. พอใจเล็กน้อย	38	13.5
3. พอใจมาก	208	74.0
4. พอใจมากที่สุด	31	11.0

ตารางที่ 4 การจัดลำดับความสำคัญต่อความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของผู้ประสบอุทกภัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อันดับ	ความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ
1	ด้านอาหาร
1	ด้านพันธุ์พืช
3	ยารักษาโรค
4	ภาวะการเงิน
5	ด้านอื่นๆ
6	เครื่องนุ่งห่ม
7	การซ่อมแซมบ้านพักอาศัย

1.3 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบเหตุการณ์

ในการช่วยเหลือของทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ซึ่งให้การช่วยเหลือในขณะประสบอุทกภัยใน 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 49.8 รองลงมาเครียดปานกลาง ร้อยละ 40.0 คะแนนภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบว่ามี คะแนน 1 - 2 ข้อ และ 3 ข้อขึ้นไป มีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 33.9 การวินิจฉัยโรคของแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 29.2 รองลงมาเป็นโรค Stress - related disorder ร้อยละ 22.8 การรักษาผู้ป่วยได้รับยาทางจิตและทางกายรวมกัน ร้อยละ 35.9 รองลงมาได้รับยาทางจิต ร้อยละ 30.3 แพทย์ได้ส่งต่อเพื่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 31.0 แต่ได้รับบริการเพียง ร้อยละ 27.4 ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษาส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 38.0 รองลงมาเป็นปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 22.3 สำหรับปัญหาด้านอื่นๆ ร้อยละ 24.8 เป็นปัญหาการประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยทางกาย ความเสียหายจากการประสบอุทกภัย อนาคตของบุตร เป็นต้น

ในด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ให้จากการบริการการปรึกษาและคลายเครียดได้ให้ผู้ประสบอุทกภัยระบายนามความรู้สึก ร้อยละ 29.9 ให้กำลังใจ ร้อยละ 27.9 นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อให้พื้นที่ดูแลใกล้ชิดและส่งต่อไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 2.0 (5 คน) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด (n = 275)		
เครียดน้อย	6	2.2
ปานกลาง	110	40.0
สูง	137	49.8
รุนแรง	22	8.0
คะแนนภาวะซึมเศร้า (n = 277)		
ไม่มี	89	32.2
มี 1 หรือ 2 ข้อ	94	33.9
มี 3 ข้อขึ้นไป	94	33.9

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค (n = 281)		
Stress - related disorder	64	22.8
Anxiety disorder	82	29.2
Depressive disorder	5	1.8
Psychotic disorder	2	0.7
Psychosomatic disorder	44	15.7
Medical condition	46	16.3
No abnormality detected	38	13.5
การรักษาที่ได้รับ (n = 281)		
ยาทางจิต (Psychotropic drug)	85	30.3
ยาทางกาย	46	16.4
ยาทางจิตและยาทางกาย	101	35.9
ไม่ได้รับยา	49	17.4
การส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด (n = 281)		
ส่งต่อ	87	31.0
ไม่ส่งต่อ	194	69.0
การได้รับบริการปรึกษาหลังแพทย์ส่งต่อ (n = 281)		
ได้รับ	77	27.4
ไม่ได้รับ	194	69.0
แพทย์ส่งต่อเพื่อรับบริการแต่ไม่ได้ทำ	10	3.6
ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษาแก่ผู้ประสบอุทกภัย (มีปัญหามากกว่า 1 เรื่อง) (n = 121)		
- ปัญหาด้านการเงิน	46	38.0
- ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต	27	22.3
- ด้านอื่น ๆ (การประกอบอาชีพ เจ็บป่วยทางกาย ความเสียหายที่ได้รับจากการประสบอุทกภัย อนาคตของบุตร)	30	24.8
- ปัญหาครอบครัว	18	14.9

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ได้รับจากบริการการปรึกษาและ คลายเครียด (ตอบได้มากกว่า 1) (n = 251)		
1. การให้ระบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilate)	75	29.9
2. การให้กำลังใจ	70	27.9
3. การหาแหล่งสนับสนุนและสิ่งเหนี่ยวรั้งทางจิตใจ	29	11.6
4. การปรับแนวคิด	20	7.9
5. การคลายเครียด	18	7.2
6. อื่นๆ ระบุ (ให้คำแนะนำ ประสานการช่วยเหลือ การพิจารณาทางเลือก การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเอง)	34	13.5
7. การส่งต่อ	5	2.0

ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ทั้งหมด 188 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้มาตามนัดเพียง 134 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.3 จากการศึกษา พบว่าผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่ที่มารับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 เพศชาย ร้อยละ 17.2 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 31.3 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 29.1 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (n = 134)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	23	17.2
	หญิง	111	82.8
อายุ	21 - 30 ปี	1	0.8
	31 - 40 ปี	20	14.9
	41 - 50 ปี	42	31.3
	51 - 60 ปี	39	29.1
	60 ปี ขึ้นไป	32	23.9

2.2 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

ผลการศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.7 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.1 สำหรับคะแนนภาวะซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่า มี 3 ข้อ ขึ้นไป ร้อยละ 37.3 รองลงมาไม่มีเลย ร้อยละ 32.8 การวินิจฉัยโรคของแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.0 รองลงมา Stress related disorder ร้อยละ 25.4 ได้รับยาทางจิตและยาทางกายร่วมกัน ร้อยละ 64.2 รองลงมาได้รับยาทางจิต ร้อยละ 29.1 ในด้านการส่งต่อนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประสบอุทกภัย ไม่ได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 94.8 รองลงมาได้รับการส่งต่อบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.2 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน (n = 134)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
น้อย	4	3.0
ปานกลาง	51	38.1
สูง	68	50.7
รุนแรง	11	8.2
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	44	32.8
มี 1 หรือ 2 ข้อ	40	29.9
มี 3 ข้อขึ้นไป	50	37.3
การวินิจฉัยโรค		
Stress - related disorder	34	25.4
Anxiety disorder	55	41.0
Depressive disorder	9	6.7
Psychotic disorder	1	0.8
Psychosomatic disorder	10	7.5
Medical condition	16	11.9
No abnormality detected	9	6.7
การรักษาที่ได้รับ		
ยาทางจิต (Psychotropic drug)	39	29.1
ยาทางกาย	9	6.7
ยาทางจิตและยาทางกาย	86	64.2
การส่งต่อเพื่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด		
การปรึกษาและคลายเครียด	7	5.2
ไม่ส่งต่อ	127	94.8

ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ทั้งหมด 188 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้มาตามนัด 142 คน คิดเป็น ร้อยละ 75.5 จากการศึกษาพบว่าผู้ประสบอุทกภัยที่มารับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 เพศชาย ร้อยละ 12.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.2 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 26.7 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน
(n = 142)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	18	12.7
	หญิง	124	87.3
อายุ	21 - 30 ปี	1	0.7
	31 - 40 ปี	26	18.3
	41 - 50 ปี	40	28.2
	51 - 60 ปี	38	26.7
	60 ปี ขึ้นไป	37	26.1

3.2 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

ผลการศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 54.9 รองลงมา มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 30.3 คะแนนภาวะซึมเศร้า ศูนย์คะแนนหรือไม่มีคะแนน ร้อยละ 52.1 รองลงมามีคะแนนภาวะซึมเศร้า 1 หรือ 2 ข้อ ร้อยละ 28.9 สำหรับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 44.4 รองลงมา Psychosomatic disorder ร้อยละ 21.8 ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตและยาทางกายร่วมกัน ร้อยละ 56.3 รองลงมา เป็นยารักษาอาการทางจิต ร้อยละ 31.0 และแพทย์ส่งต่อให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 8.4 รายละเอียด ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน (n = 142)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
น้อย	13	9.2
ปานกลาง	78	54.9
สูง	43	30.3
รุนแรง	8	5.6
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	74	52.1
มี 1 หรือ 2 ข้อ	41	28.9
มี 3 ข้อขึ้นไป	27	19.0
การวินิจฉัยโรค		
Stress - related disorder	13	9.2
Anxiety disorder	63	44.4
Depressive disorder	14	9.9
Psychotic disorder	-	-
Psychosomatic disorder	31	21.8
Medical condition	9	6.3
No abnormality detected	12	8.4
การรักษาที่ได้รับ		
ยาทางจิต (Psychotropic drug)	44	31.0
ยาทางกาย	13	9.2
ยาทางจิตและยาทางกาย	80	56.3
ไม่ได้รับยา	5	3.5
การส่งต่อ		
การให้การปรึกษาและคลายเครียด	12	8.4
ไม่ส่งต่อ	130	91.6

ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์

ในการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย
ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์ ซึ่งจะนำเสนอในด้านการเปรียบเทียบระดับความเครียด
คะแนนภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค และการบำบัดรักษา ดังต่อไปนี้

4.1 การเปรียบเทียบระดับความเครียด และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบ
อุทกภัยและภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน ในที่นี้จะสรุปเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียด
อยู่ในระดับสูงและระดับรุนแรงเท่านั้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
จากการใช้แบบประเมินความเครียด พบว่า มีผู้ที่อยู่ในระดับเครียดสูงร้อยละ 49.8 ภายหลังเกิดเหตุการณ์
1 เดือน มีผู้ที่อยู่ในระดับเครียดสูง ร้อยละ 50.7 และภายหลังการเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้ที่อยู่ในระดับเครียดสูง
ร้อยละ 30.3 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียดระดับรุนแรง พบว่า ในขณะที่เกิดเหตุการณ์มีผู้ที่อยู่ใน
ระดับเครียดรุนแรง ร้อยละ 8.0 ภายหลังการเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้ที่อยู่ในระดับเครียดรุนแรง ร้อยละ
8.2 และภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้ที่อยู่ในระดับเครียดรุนแรง ร้อยละ 5.6 โดยหลังเกิดเหตุการณ์ 6
เดือน ระดับความเครียดของผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่กลับไปอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ คือระดับน้อย
และปานกลางรวมกันคิดเป็น ร้อยละ 64.1

สำหรับผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย
และภายหลังการประสบอุทกภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินภาวะซึมเศร้าขณะประสบอุทกภัยจะมีคะแนน
1 หรือ 2 ข้อ และมี 3 ข้อ ขึ้นไป มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 33.9 แต่เมื่อประเมินภายหลังประสบอุทกภัย 1
เดือน พบว่า ส่วนใหญ่ มีคะแนน 3 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 37.3 รองลงมาไม่มีอาการ หรือไม่มีคะแนนเลย ร้อยละ
32.8 ในขณะที่ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีอาการ
ร้อยละ 52.1 รองลงมามี 1 หรือ 2 ข้อ ร้อยละ 28.9 รายละเอียด ดังตารางที่ 10-11

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบอุทกภัยและภายหลัง
การประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน

ระดับความเครียด	ผลการประเมินความเครียด		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
น้อย	6 (2.2)	4 (3.0)	13 (9.2)
ปานกลาง	110 (40.0)	51 (38.1)	78 (54.9)
สูง	137 (49.8)	68 (50.7)	43 (30.3)
รุนแรง	22 (8.0)	11 (8.2)	8 (5.6)
รวม	275 (100.0)	134 (100.0)	142 (100.0)

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบอุทกภัยและภายหลังการประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า	ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	88 (32.2)	44 (32.8)	74 (52.1)
มี 1 หรือ 2 ข้อ	94 (33.9)	40 (29.9)	41 (28.9)
มี 3 ข้อขึ้นไป	94 (33.9)	50 (37.3)	27 (19.0)
รวม	277(100.0)	134(100.0)	142 (100.0)

4.2 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ขณะประสบอุทกภัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 29.2 รองลงมาเป็นโรค Stress-related disorder ร้อยละ 22.8 และโรคทางกาย (ปวดหลัง ตาแดง น้ำกัดเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไข้หวัดเป็นต้น) ร้อยละ 16.3 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ประสบอุทกภัย 1 เดือนทีมสุขภาพจิตได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อบำบัด รักษาและช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder เช่นเดิม ร้อยละ 41.0 รองลงมาได้แก่โรค Stress-related disorder และ โรคทางกาย เช่นเดิม คิดเป็น ร้อยละ 25.4 , 11.9 ตามลำดับ

ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างประสบอุทกภัย 6 เดือน ส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 44.4 Psychosomatic disorder ร้อยละ 21.8 และ Depressive disorder ร้อยละ 9.9

เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรคของผู้ประสบอุทกภัยทั้ง 3 ระยะ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคตรงกันทั้ง 2 ระยะ คือ Anxiety disorder , Stress-related disorder และโรคทางกาย (Medical condition) มีเพียงระยะที่ 3 (หลังประสบอุทกภัย 6 เดือน) ที่มีการวินิจฉัยโรคแตกต่างจากเดิมคือมีโรค Depressive disorder เพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าเป็นโรคที่อยู่ในระยะที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองโดยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่สามารถดูแลอย่างต่อเนื่องได้ มีเพียง 1 รายที่ต้อง Refer ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องจากมีแนวคิด Suicide ร่วมด้วย และจากการติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเก่าเคยป่วยด้วยโรคนี้นมาก่อน และขาดการติดต่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาล ประกอบกับประสบอุทกภัยจึงทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น ปัจจุบันรับยาอย่างต่อเนื่องทำให้อาการดีขึ้นมากและแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยรายนี้คือ Major depressive disorder

เมื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะ พบว่าโรคที่เป็นมากขึ้นภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือนได้แก่โรค Anxiety disorder, Depressive disorder , Psychosomatic disorder ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัยและภายหลังประสบอุทกภัย
1 เดือน 6 เดือน

Diagnosis	การวินิจฉัยโรคของผู้ประสบอุทกภัย		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลัง 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลัง 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
1. Stress-related disorder	64 (22.8)	34 (25.4)	13 (9.2)
2. Anxiety disorder	82 (29.2)	55 (41.0)	63 (44.4)
3. Depressive disorder	5 (1.8)	9 (6.7)	14 (9.9)
4. Psychotic disorder	2 (0.7)	1 (0.8)	-
5. Psychosomatic disorder	44 (15.7)	10 (7.5)	31 (21.8)
6. Medical condition	46 (16.3)	16 (11.9)	9 (6.3)
7. No abnormality detected	38 (13.5)	9 (6.7)	12 (8.4)
รวม	281(100.0)	134(100.0)	142(100.0)

4.2 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย
และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อพิจารณาเฉพาะการรักษาด้วยยาทางจิตเท่านั้น ขณะเกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่
กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาทางจิต ร้อยละ 30.3 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน ได้รับการ
การรักษาด้วยยาทางจิต ร้อยละ 29.1 และ 31.0 ตามลำดับ แต่ถ้าพิจารณาการรักษา ซึ่งแพทย์ให้ทั้งยาทางจิต
และยาทางกายร่วมกันก็พบว่ากลุ่มนี้จะมากกว่า กลุ่มที่รักษาด้วยยาทางจิตเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ
35.9 , 64.2 , 56.3 ตามลำดับ (ขณะเกิดเหตุการณ์ ภายหลัง 1 เดือน 6 เดือน)

ภายหลังจากผู้ประสบอุทกภัยเข้าพบแพทย์ และแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาแล้ว
แพทย์จะพิจารณาเป็นรายบุคคลว่าสมควรได้รับการปรึกษา (Counselling) หรือบริการคลายเครียดต่อ
หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าได้รับบริการการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 27.4 , 5.2 และ 8.4 ตามลำดับ
(ขณะเกิดเหตุการณ์ หลังเกิดเหตุการณ์ 1 , 6 เดือน) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบ การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับ	การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลัง 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลัง 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
การรักษาด้วยยา			
ยาทางจิต (Psychotropic drug)	85 (30.3)	39 (29.1)	44 (31.0)
ยาทางกาย	46 (16.4)	9 (6.7)	13 (9.2)
ยาทางจิตและยาทางกาย	101 (35.9)	86 (64.2)	80 (56.3)
ไม่ได้รับยา	49 (17.4)	0 (0.0)	5 (3.5)
รวม	281(100.0)	134 (100.0)	142 (100.0)
การส่งต่อเพื่อรับบริการ			
การรับการปรึกษาและคลายเครียด	77 (27.4)	7 (5.2)	12 (8.4)
ไม่ส่งต่อ	194 (69.0)	127 (94.8)	130 (91.6)
ส่งต่อแต่ไม่ได้รับการบริการ	10 (3.6)	-	-
รวม	281(100.0)	134 (100.0)	142 (100.0)

ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
จากการปฏิบัติงานจริงในการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
สามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติงานได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้รับแจ้งจากเครือข่าย
ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดว่า มีพื้นที่ในความรับผิดชอบประสบอุทกภัยและต้องการได้รับความช่วยเหลือ หรืออาจเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์โดยการ
ค้นหาข้อมูล จากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ว่าขณะนี้ในพื้นที่ในความรับผิดชอบกำลัง
ประสบอุทกภัย ทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจะประสานงานไปยังแต่ละจังหวัดถึงสถานการณ์ การประสบ
อุทกภัย พื้นที่ที่ประสบอุทกภัย ความต้องการความช่วยเหลือ วัน เวลา สถานที่ที่ต้องออกหน่วยเคลื่อนที่ลงไป
ช่วยเหลือ จัดประชุมทีมสุขภาพจิต เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย ดำเนินการโดย

2.1 ทีมสุขภาพจิตออกปฏิบัติงานในพื้นที่

2.2 ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นกับผู้รับบริการทุกราย ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ สกุล เพศ
อายุ ที่อยู่อาศัย อาการสำคัญ และมีหัวข้อสำคัญในการประเมินว่าผู้ป่วยรายนี้จะต้องทำการประเมินภาวะ
สุขภาพจิต โดยละเอียดหรือไม่ โดยใช้คำถามว่า “ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบ
ต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของท่านหรือไม่” ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อพบแพทย์เพื่อ
วินิจฉัยโรค และรับยากลับบ้าน ในกรณีตอบ “มี” ผู้ป่วยจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย

2.3 ภายหลังสัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จ ผู้ป่วยจะถูกส่งพบแพทย์พร้อมข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคและให้การรักษา ในกรณีที่บางรายแพทย์มีความเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงมาก สมควรส่งต่อเพื่อรับการปรึกษา (Counselling) หรือคลายเครียด แพทย์จะส่งต่อให้นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ให้บริการดังกล่าว บางรายแพทย์พิจารณาว่าภายหลังให้การปรึกษาและคลายเครียดแล้ว พบว่า ยังคงมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ก็จะส่งต่อไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และภายหลังที่มสุขภาพจิตให้บริการเรียบร้อยแล้วในแต่ละครั้ง จะสรุปรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องให้กับสถานีนามัยในพื้นที่ที่ออกหน่วยทราบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป หลังจากนั้นจะสรุปรายงานให้ผู้บังคับบัญชา สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดและกรมสุขภาพจิตทราบ

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน ทีมสุขภาพจิตจะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการ บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยจะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่องเท่านั้น (โดยกำหนดข้อบ่งชี้ในการเฝ้าระวังคือ เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดตั้งแต่ระดับสูงขึ้นไป หรือผู้ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป หรือโรคทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องเฝ้าระวังหรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่พื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิตต้องให้การบำบัด รักษา) สำหรับการให้บริการในระยะนี้ จะดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2 ในด้านการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซ้ำ ด้วยแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จากนั้นให้พบแพทย์ ปรึกษา ให้บริการปรึกษาและคลายเครียดหรือส่งต่อตามแนวทางการรักษาของแพทย์

สำหรับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ หลังน้ำลด 3 เดือน จะให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ ที่มีผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้รายงานผลให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทราบ โดยทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานขอทราบผลการดำเนินงานว่า ผู้ป่วยแต่ละคนยังคงสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือไม่ ซึ่งผลการประสานงานพบว่า ผู้ป่วยทุกคนยังคงดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติบางส่วนไปทำงานต่างจังหวัด เพื่อหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

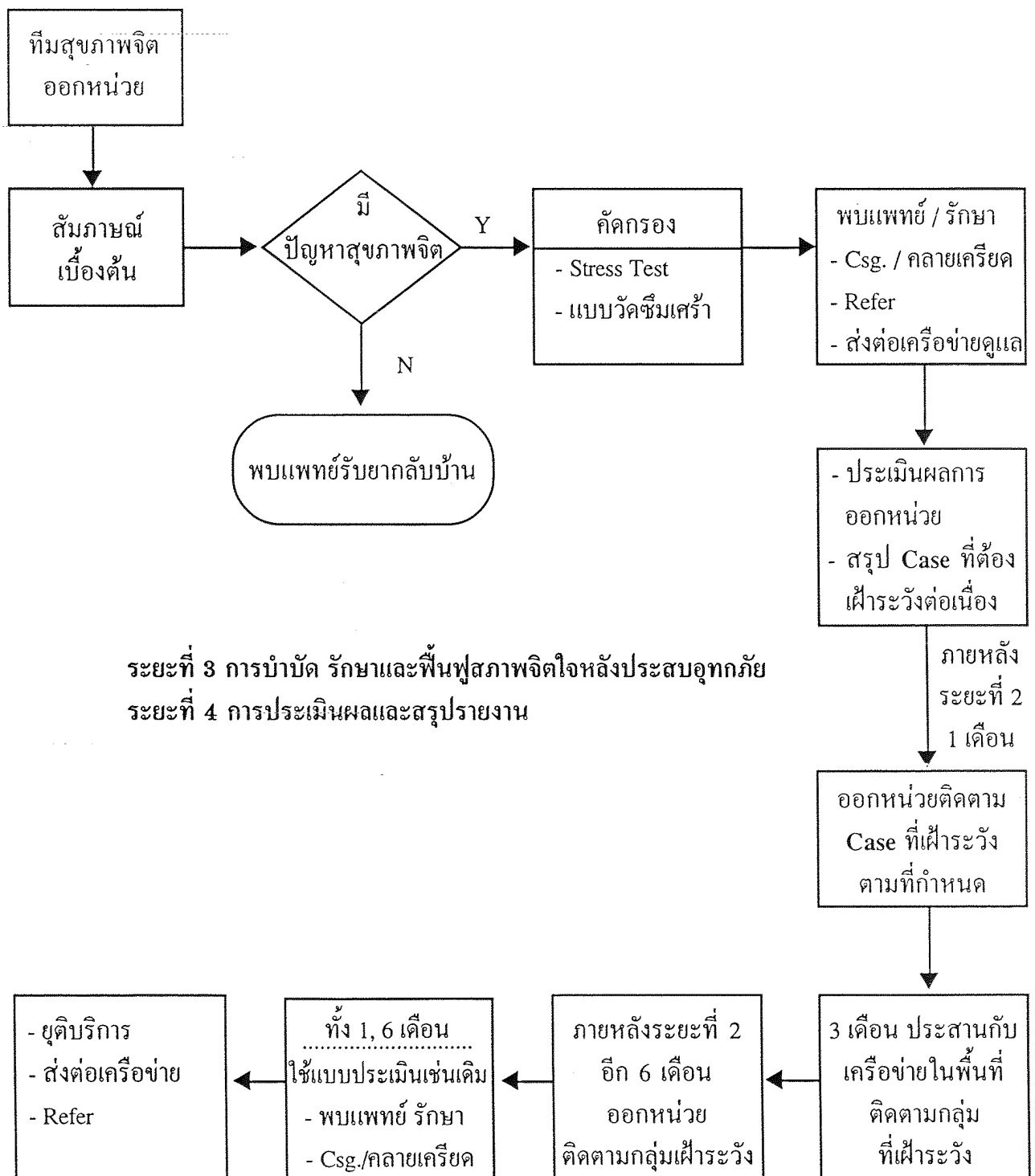
ภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน ดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเช่นเดียวกับ การช่วยเหลือภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน เนื่องจากการติดตามให้การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ในครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายที่ทีมสุขภาพจิตให้บริการแก่ผู้ป่วย จึงสรุปผลการดำเนินงานให้เครือข่าย ในพื้นที่ทราบ และ Refer case ที่ต้องรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และส่งต่อให้สถานีนามัยที่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบดูแลต่อเนื่องต่อไป ผลการดำเนินงานในครั้งนี้ พบว่ามีเพียง 1 คน ที่ส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชน ด้วยโรค Major depressive disorder สำหรับแผนภูมิการดำเนินงานดังภาพที่ 3

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน เป็นการประเมินผลการดำเนินงานทั้งระยะสั้นและเมื่อสิ้นสุดโครงการ การประเมินผลระยะสั้นทำการประเมินผลภายหลังการให้บริการในแต่ละครั้ง และแต่ละระยะ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานว่าได้ผลประการใด หากมีปัญหาอุปสรรคจะดำเนินการแก้ไขทันที เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการได้ สำหรับการประเมินผลในภาพรวมเป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ตลอดจนรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานหากประสบอุบัติเหตุในครั้งต่อไป

ภาพที่ 3 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6

ระยะที่ 1 - ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย



ระยะที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1. ระบบการดำเนินงาน 1.1 เนื่องจากอุทกภัยที่เกิดขึ้นในภาคอีสาน เป็นเรื่องที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยๆ ในหลายปีที่ผ่านมา มีเพียงน้ำท่วมเล็กน้อย และระยะเวลาไม่นาน การวางแผนการดำเนินงาน จึงอาจกระทำการอย่าง รีบด่วน และคณะทำงานยังไม่คุ้นเคยกับวิธีการ ดำเนินงานในพื้นที่ที่มีผู้มารับบริการมาก 1.2 ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อเพื่อรับบริการ รักษาหรือคลายเครียด ภายหลังพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาเรียบร้อยแล้วไม่ได้รับการปรึกษา 10 คน (ร้อยละ 3.6) โดยผู้ป่วยรับยาเรียบร้อยแล้ว และกลับบ้านไปก่อน	1.1 จัดประชุมวางแผนการดำเนินงาน โดย กำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีการประชุม ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และ แนวทางแก้ไขภายหลังการออกหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ในแต่ละวัน เพื่อนำมาปรับปรุงในการ ออกหน่วยครั้งต่อไป และพยายามใช้บุคลากร กลุ่มเดิมในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ 1.2 จากการประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของ ปัญหา พบว่าควรดำเนินแก้ไขดังนี้ 1.2.1 ประชุมชี้แจงทีมงานสุขภาพจิต กำหนดบทบาทให้พยาบาล อ่านผลการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ภายหลังพบแพทย์ หากพบว่าส่งรับบริการรักษาหรือคลายเครียด ให้ส่งต่อรับบริการให้เรียบร้อยก่อนจึงส่งไปพบหน่วย จ่ายยา 1.2.2 ในกรณีที่มิได้รับบริการปรึกษามาก จำนวนผู้ให้บริการปรึกษาไม่เพียงพอ (เดิมให้ บริการโดย นักจิตวิทยา) เพิ่มผู้ให้บริการเป็น พยาบาลวิชาชีพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่าน หลักสูตร Counselling และมีประสบการณ์ใน การให้บริการในคลินิกให้การปรึกษามาก่อน 1.2.3 ในกรณีที่ผู้รับบริการยังคงต้อง รอรับบริการเนื่องจากในการให้บริการปรึกษา แต่ละครั้งต้องใช้เวลา จะมีเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในทีมงาน มาชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงความจำเป็นของ การรับบริการปรึกษา ผลการดำเนินงานพบว่า เมื่อดำเนินการโดยวิธีนี้ผู้ป่วยได้รับบริการปรึกษา ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ทุกราย

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
2. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพจิต ยังมีปัญหาในการใช้แบบประเมินความเครียด และแบบวัดภาวะซึมเศร้า 3. ผู้รับบริการ 3.1 ผู้รับบริการไม่มาตามนัดเมื่อต้องติดตาม เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต 1 เดือน และ 6 เดือน ภายหลังประสบอุทกภัย 3.2 ผู้รับบริการต้องการขอยาที่ตนเองต้องการเก็บไว้รับประทานเมื่อจำเป็นจึงแจ้งอาการที่รุนแรง และหลายอาการมากกว่าที่เป็นจริงๆ ในการติดตาม ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน	2. จัดประชุมตกลงทำความเข้าใจแบบประเมิน ทั้ง 2 เรื่องให้เข้าใจตรงกันรายข้อ และจัดทำคู่มือ อธิบายคำถามในแต่ละข้อ ตลอดจนตัวเลือก ของ คำตอบ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ที่มารับบริการทราบ และมีคู่มือประจำตัว คนละ 1 ชุด 3.1 ผู้ป่วยเหล่านี้ไปทำงานต่างจังหวัด เพื่อหา รายได้เสริมให้แก่ครอบครัวเนื่องจาก มีหนี้สิน จากภาวะน้ำท่วม และบางส่วนต้องไปค้าขายใน ตัวเมือง ได้แก้ปัญหาโดยสอบถามสภาพจิตใจของ ผู้ป่วยแต่ละคนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบในหมู่บ้านนั้นๆ และเปิดช่องทางให้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษา ปัญหาในการดูแล รักษาผู้ป่วย ที่มีปัญหา ซ้ำซ้อน มากได้ตลอด 24 ชั่วโมง 3.2 ประกาศให้ผู้รับบริการทราบว่า ขอให้แจ้ง อาการตามที่เป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการรักษา ของตนเอง จะได้รับยาที่สอดคล้องและตรงกับ อาการที่เป็นจริง หากต้องการขอยาไว้ประจำบ้าน ให้แจ้งผู้ที่สัมภาษณ์อาการหรือแพทย์ผู้รักษา เพื่อ จะได้ให้ยาตามที่ต้องการได้โดยไม่วินิจฉัยโรค ผิดพลาด

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย 2) ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย และ 3) ศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้รับบริการจากหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ที่ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย โดยทีมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น (ผู้รับบริการ ณ สถานีอนามัยตำบล พระลับ โคกสี บึงเนียม บ้านท่ามะเดื่อ) จังหวัดกาฬสินธุ์ (สถานีอนามัยตำบลเจ้าท่า อ. กมลาไสย) จังหวัดหนองคาย (สถานีอนามัยตำบลบ้านฝาง กิ่งอำเภอสระใคร) จ. อุดรธานี (สถานีอนามัยตำบลพังงู อ. หนองหาน) จังหวัดหนองบัวลำภู (สถานีอนามัย ตำบลป่าไม้งาม อ. เมือง)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 ขณะประสบอุทกภัย ได้แก่ผู้รับบริการ ณ สถานีอนามัยดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีน้ำท่วมมาก มีผู้รับบริการ 846 คน

การศึกษาระยะที่ 2 ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือนและ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 โดยมี คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความเครียดระดับสูงขึ้นไปหรือ
2. เป็นผู้ที่มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป หรือ
3. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยโรคในการศึกษาระยะที่ 1 ว่าเป็นโรค Anxiety disorder , Stress-related disorder, Depressive disorder และ Psychotic disorder

4. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการศึกษาระยะที่ 1 และพื้นที่ส่งต่อ

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกในการศึกษาระยะที่ 2 มีจำนวนทั้งสิ้น 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง (เฉพาะส่วนที่ 1, 2, 5) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาล สอนปรุง ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาไว้ ส่วนที่ 5 การวินิจฉัยโรค และการรักษา

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพจิตและการประสานงานกับพื้นที่ ถึงกำหนด วัน เวลา สถานที่ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

2. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย โดยดำเนินการตั้งแต่เดือน กันยายน 2545 - ตุลาคม 2545 ทีมสุขภาพจิตออกให้บริการตามกำหนดการข้างต้น คัดกรองผู้มารับบริการ 846 คน โดยใช้คำถามว่า “มีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หรือไม่” ถ้าตอบว่ามี ผู้รับบริการจะถูกสัมภาษณ์ด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย จากนั้นส่งพบแพทย์รับยา บางรายต้องรับบริการปรึกษาและคลายเครียดกรณีที่แพทย์พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก ในกรณีตอบว่าไม่ทุกข์ใจ จะถูกสัมภาษณ์อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ในวันนี้ หลังจากนั้นพบแพทย์ ส่งการรักษา รับยา และกลับบ้าน จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 846 คน ส่งพบทีมสุขภาพจิตและสัมภาษณ์ด้วยแบบ สัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย 281 คน รับยากลับบ้าน 565 คน เนื่องจากไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่มาขอรับ บริการยารักษาโรคทางกาย เช่น น้ำกัดเท้า ตาแดง ไข้หวัด อุจจาระร่วง ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น

ทีมสุขภาพจิตสรุปรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และส่งรายชื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตใน 5 จังหวัด ดูแลต่อเนื่องตาม คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังดังกล่าวข้างต้น ขั้นตอนนี้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวัง 188 คน

3. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย 1, 3, 6 เดือน ติดตามให้บริการ โดยทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เฉพาะ 1 , 6 เดือน ภายหลังประสบอุทกภัย การให้บริการจะดำเนินการโดยสัมภาษณ์ด้วยแบบวัดความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค และการรักษา (สัมภาษณ์เฉพาะส่วนที่ 3, 4, 5 ของแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย) ให้ผู้รับบริการพบแพทย์ ส่งการรักษา บางรายส่งรับบริการปรึกษาและคลายเครียดหรือส่งต่อให้บริการจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย 3 เดือน ใช้วิธีการประสานงาน กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เพื่อทราบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิตทั้ง 188 คน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติหรือไม่

4. การประเมินผลและสรุปรายงาน โดยการสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละระยะและประเมินผล การดำเนินงานในภาพรวม จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่

การประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย ระดับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการศึกษา

1. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยขณะประสบเหตุการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ที่ทำการศึกษาทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 22.5 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.8 ($\bar{x}$ 45.14 S.D. 19.17) ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 42.3 รองลงมาจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 25.8

เนื่องจากการดำเนินงานของทีมสุขภาพจิตดำเนินการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย 846 คน ซึ่งก่อนพบแพทย์จะทำการคัดกรองเบื้องต้นก่อนว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันหรือไม่ จากการคัดกรองเบื้องต้นพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต 281 คน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ จะทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย แบบวัดความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาพบว่า

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบอุทกภัย (เฉพาะที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น 281 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 สถานภาพสมรสคู่ 74.7 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 17.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.3 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 92.5 อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 54.1 มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคอื่นๆ (ระบุ) ได้แก่ โรคเกี่ยวกับตา ไต ภูมิแพ้ ตับอักเสบ คอพอก พยาธิ ลำไส้อักเสบ เป็นต้น ร้อยละ 49.8

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย ส่วนใหญ่พบว่าได้รับความเสียหาย ร้อยละ 96.8 ความเสียหายที่ได้รับด้านที่อยู่อาศัยจากน้ำท่วม ร้อยละ 69.4 ด้านการเกษตรท่วมนาข้าว ร้อยละ 47.0 รองลงมาท่วมสวน ไร่ ร้อยละ 19.6 ไม่มีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 99.6 (เสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากเจ็บป่วยอยู่เดิม และสูงอายุมากแล้วและต้องเคลื่อนย้ายระหว่างประสบอุทกภัย)

การประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับความเสียหายมีมูลค่าประมาณ 15,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 26.7 รองลงมาน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 23.8 ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นผลกระทบจากน้ำท่วม ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือมีอาการอยู่ก่อนและเพิ่มขึ้นเมื่อประสบอุทกภัย ร้อยละ 20.3 การช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อเกิดน้ำท่วมคืออื่นๆ (หมายถึง หลายอย่างรวมกันทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค) ร้อยละ 77.2 รองลงมาเป็นอาหารอย่างเดียว ร้อยละ 20.3 ระดับความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับพอใจมาก ร้อยละ 74.0

เมื่อให้ผู้ประสบอุทกภัยจัดลำดับความสำคัญในความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของผู้ประสบอุทกภัย พบว่าต้องการความช่วยเหลือมากที่สุดเป็นอันดับ 1 มี 2 เรื่องที่มีจำนวนเท่าๆ กัน คือ อาหาร และด้านพันธุ์พืช อันดับ 3 คือ ยารักษาโรค อันดับ 4 ภาวะการเงิน อันดับ 5 ด้านอื่นๆ หมายถึง ช่วยประสานงานให้ธนาคารลดหนี้ หรือปลดคดดอกเบี้ย หรือยึดการชำระหนี้ไปก่อน หางานให้ทำเพื่อช่วยเพิ่มรายได้ในหมู่บ้าน อันดับ 6 เครื่องนุ่งห่ม อันดับ 7 การซ่อมแซมบ้านพักอาศัย

1.4 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ขณะประสบเหตุการณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประสบอุทกภัย ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 49.8 และเครียดรุนแรง ร้อยละ 8.0 มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ร้อยละ 67.8 และส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 29.2 รองลงมา Stress - related disorder ร้อยละ 22.8

ในด้านการรักษาที่ได้รับ ได้รับยาทางจิตและยาทางกายรวมกัน ร้อยละ 35.9 รองลงมาเป็นยาทางจิต ร้อยละ 30.3 แพทย์ส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด ร้อยละ 31.0 แต่ได้รับบริการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 27.4 เนื่องจากบางรายไม่มารับบริการ หรือบางรายขาดการส่งต่อระหว่างบุคลากรภายในทีม ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษาแก่ผู้ประสบอุทกภัยส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 38.0 การฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ได้รับจากบริการปรึกษาและคลายเครียด ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ให้ระบายอารมณ์ความรู้สึก ร้อยละ 29.9 รองลงมาเป็นการให้กำลังใจ ร้อยละ 27.9

2. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเกิดเหตุการณ์การประสบอุทกภัย 1 เดือน จากการสุ่มปรายงานโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในโครงการ พบว่า มีทั้งหมด 188 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้มาตามนัดเพียง 134 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 60.4

2.2 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน พบว่า มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 50.7 ระดับรุนแรงร้อยละ 8.2 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ร้อยละ 67.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.0 รองลงมา Stress-related disorder ร้อยละ 25.4 ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตและทางกายร่วมกัน ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นยารักษาทางจิต ร้อยละ 29.1 แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.2 ที่เหลือไม่ได้ส่งต่อเข้ารับบริการปรึกษา

3. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต 188 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้มาตามนัด 142 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 54.9

3.2 การศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.9 สำหรับระดับความเครียดระดับสูงและรุนแรงรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 35.9 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ร้อยละ 47.9 ที่เหลือ ร้อยละ 52.1 ไม่มีคะแนน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นโรค Psychosomatic disorder ร้อยละ 21.8 และยังคงได้รับยาทางจิตและยาทางกายร่วมกัน ร้อยละ 56.3 ส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาและคลายเครียดเพียงร้อยละ 8.4

4. การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบอุทกภัย ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน

4.1 การเปรียบเทียบระดับความเครียด และคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ขณะประสบอุทกภัยมีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงรวมกัน ร้อยละ 57.8 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงรวมกัน ร้อยละ 58.9 และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงรวมกัน ร้อยละ 35.9

สำหรับคะแนนภาวะซึมเศร้าขณะประสบอุทกภัยมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 67.8 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 67.2 และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือนมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.9 โดยคะแนนภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 1 หรือ 2 คะแนน ร้อยละ 28.9 ซึ่งเดิมคะแนนภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ จะอยู่ที่ 3 ข้อ หรือ 3 คะแนนขึ้นไป ทั้งในระยาระยะเกิดเหตุการณ์และภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.9, 37.3 ตามลำดับ นับได้ว่าลดลงจากเดิมเกือบ ร้อยละ 20.0 ดังตารางที่ 11

4.2 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัยและภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค Anxiety disorder ทั้ง 3 ระยะ คิดเป็น ร้อยละ 29.2 , 41.0 , 44.4 ตามลำดับ แต่แตกต่างกันในการวินิจฉัยโรค อันตรองลงมาซึ่งขณะประสบอุทกภัย และหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน จะเป็นโรค Stress-related disorder คิดเป็น ร้อยละ 22.8 และ 25.4 ตามลำดับ ในขณะที่หลังประสบอุทกภัย 6 เดือน รองลงมาแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Psychosomatic disorder ร้อยละ 21.8 และเมื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรคของแพทย์ในผู้ที่ประสบอุทกภัย เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่ามีโรคที่เป็นมากขึ้นจากเดิมได้แก่โรค Anxiety disorder จากร้อยละ 41.0 เป็น ร้อยละ 44.4 Depressive disorder จากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 9.9 และ Psychosomatic disorder จาก ร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 21.8 ดังตารางที่ 12

4.3 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบอุทกภัย และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ให้การรักษาค้ำยาทางจิตและยาทางกายร่วมกันคิดเป็น ร้อยละ 35.9 , 64.2 และ 56.3 ตามลำดับ และแพทย์ส่งต่อผู้ประสบอุทกภัยที่มีปัญหาซับซ้อนไปรับบริการปรึกษาและคลายเครียด ขณะประสบอุทกภัย ภายหลังประสบอุทกภัย 1 และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.0 , 5.2 และ 8.4 ตามลำดับ

5. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 สามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติงานได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ภายหลังรับแจ้งเรื่องจากเครือข่าย หรือจากสื่อมวลชนถึงความรุนแรงของสถานการณ์และความต้องการความช่วยเหลือประสานงานเครือข่ายเพื่อกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่ต้องออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัย โดยจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามที่กำหนด และปฏิบัติงานในพื้นที่ตามบทบาทและหน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งมีขั้นตอนคือ สัมภาษณ์เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น กรณีไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่มีปัญหาระยะทางกาย จะส่งพบแพทย์เพื่อรักษาและให้กลับบ้านได้ ในกรณีที่ปัญหาสุขภาพจิต จะสัมภาษณ์

ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย แบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จากนั้นแปลผลแบบวัดความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และส่งต่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ เพื่อรับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ในกรณีมีปัญหาซับซ้อน แพทย์จะส่งต่อไปรับบริการปรึกษาและคลายเครียดจากทีมสุขภาพจิตที่ออกหน่วยร่วมกัน ภายหลังออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เรียบร้อยแล้ว จะสรุปรายงานผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (ในกรณีที่ผู้ประสบอุทกภัยมีความเครียดระดับสูงขึ้นไป และมีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป และเป็นโรคที่แพทย์กำหนดว่าต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง) ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย ภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน ทีมสุขภาพจิตจะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการ บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ซึ่งต้องเฝ้าระวัง หรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ต้องให้การบำบัด รักษา การให้บริการในช่วงนี้ดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2

สำหรับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังน้ำลด 3 เดือน จะให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ที่มีผู้ป่วยต้องเฝ้าระวัง รายงานผลการดูแลให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทราบ ภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือนดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยการติดตามให้บริการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนส่งต่อผู้รับบริการทั้งหมดให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่องต่อไป สำหรับวิธีการให้บริการ ดำเนินการเช่นเดียวกันกับระยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่งพบแพทย์เพื่อรับยา หรือส่งต่อไปรับบริการปรึกษาและคลายเครียด หรือ Refer ไปรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน เป็นการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม และสรุปรายงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานครั้งต่อไป (ดังภาพที่ 3 หน้า 57)

6. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน พบว่ามีปัญหาดังนี้

6.1 ระบบการดำเนินงาน พบว่า ทีมสุขภาพจิตยังไม่คุ้นเคยกับวิธีการดำเนินงานที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก และต้องผ่านการประเมินจากแบบประเมินหลายขั้นตอน ได้ดำเนินการแก้ไขโดยการประชุมประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละวัน และนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ มาปรับปรุงแก้ไขในการออกหน่วยครั้งต่อไป และพยายามใช้บุคลากรในการออกหน่วยเป็นกลุ่มเดิม

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านผู้รับบริการไม่ได้รับบริการปรึกษาและคลายเครียด 10 คน ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เนื่องจากรับยาเสร็จและกลับบ้านไปก่อน ได้ดำเนินการแก้ไขโดยจัด คนรับผิดชอบ ตรวจสอบผลการวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์ และส่งไปรับบริการการปรึกษาและคลายเครียดก่อนรับยา

6.2 เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิตยังมีปัญหาในการใช้แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แก้ไขโดยจัดประชุมทำความเข้าใจเครื่องมือทั้ง 2 ประเภท และจัดทำคู่มือแจกแก่เจ้าหน้าที่ที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยคนละ 1 ชุด

6.3 ผู้รับบริการไม่มาตามนัด แก้ไขโดยประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ให้ติดตามประเมินอาการให้ หากมีปัญหามากสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

อภิปรายผล

1. ผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6

1.1 การวินิจฉัยโรค จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของแพทย์ พบว่า Anxiety disorder เป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ประสบอุทกภัย ขณะเกิดเหตุการณ์ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 29.2, 41.0 และ 44.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rubonic และ Bickman (1991) ซึ่งได้ทำการศึกษาทบทวนและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวินาศภัยและจิตพยาธิสภาพที่เป็นผลจาก วินาศภัยในการศึกษาทั้งหมด 52 แห่ง พบว่าโรคที่พบสูงสุด คือ Generalized anxiety disorder พบประมาณ ร้อยละ 40 และ Psychosomatic disorder ร้อยละ 36 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 26.0 และสอดคล้องกับกรมการแพทย์ (2532) ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2532 - 26 มกราคม 2533 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคประสาท 1,865 ราย เครียด 1,973 ราย นอกจากนี้จากการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบวาตภัยและอุทกภัยของ อัมพร โอตระกูล (2533) ก็พบว่าส่วนใหญ่ วิตกกังวล ร้อยละ 47.5 เช่นกัน และเมื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรคของการศึกษานี้ในอันดับ 2 ของขณะเกิดเหตุการณ์และภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน ส่วนใหญ่จะเป็นโรค Stress - related disorder คิดเป็นร้อยละ 22.8 และ 25.4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่โรคที่แพทย์ วินิจฉัยในกลุ่มผู้ประสบอุทกภัยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และความเครียดที่ผิดปกติทั้งนี้เพราะ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ (Psychic trauma) มักจะมีการตอบสนองได้อย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจมีอาการอยู่ได้นาน 2 - 3 วัน หรือนานถึง 6 เดือน บางรายอาจเกิดอาการซ้ำๆ ภายหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤตนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และมีอาการ ต่อเนื่องไม่เกิน 6 เดือน ก็จะเป็นผู้ป่วยที่เข้าได้กับกลุ่มโรค Acute stress disorder และ Adjustment disorder ตามลำดับ ซึ่งในความเป็นจริงนั้นการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของทีมสุขภาพจิตจะออกหน่วย ให้การช่วยเหลือภายหลังที่ฝนหยุดตกหนักและยังอยู่ในระยะที่ผู้ป่วยประสบภัยกับสภาวะน้ำท่วมบ้านเรือน เรือกสวน ไร่นาและสัตว์เลี้ยง หรือเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ เป็นช่วงประมาณ 2 - 7 วัน ภายหลังเกิดเหตุการณ์ จึงทำให้มีโอกาสมพบประชาชนที่มีอาการอยู่ในภาวะ Acute stress disorder หรือ Adjustment disorder ได้มาก ในขณะเดียวกันแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยโรค Anxiety disorder กับประชาชน อีกกลุ่มหนึ่งมากเช่นกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยบางส่วนนั้นมีภาวะวิตกกังวลเรื้อรังก่อนหน้านี้แล้ว โดยมี อาการวิตกกังวลที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีอาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลอีกอย่างน้อย 3 อย่าง คือ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สมาธิลดลง นอนหลับยากหรือหลับ ไม่สนิท หรือหลับๆ ตื่นๆ ความกังวลดังกล่าวหรืออาการทางกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์หรือมีผล กระทบงานค่อนหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทที่สำคัญอื่นๆ โดยผู้ป่วยมีความกังวลที่มากเกินไป ในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นบ่อยๆ เป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536 ; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544 ; จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช, 2545) และสอดคล้องกับการ วินิจฉัยโรคภายหลัง ประสบอุทกภัย 6 เดือน มีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค Anxiety disorder จำนวนมาก ขึ้นเนื่องจากเป็นความกังวลต่อเนื่อง เมื่อภาวะน้ำลดลง ประชาชนจะเห็นความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อที่อยู่อาศัย เรือกสวน ไร่นา และสัตว์เลี้ยง ที่เด่นชัดมากขึ้น จึงทำให้พบโรคนี้ได้ และสัมพันธ์กับคำตอบของ ผู้ประสบอุทกภัยที่ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในครั้งนี้เป็นผลกระทบจากน้ำท่วม ร้อยละ 69.7 (จากตารางที่ 3)

นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน แพทย์ได้วินิจฉัยโรค Psychosomatic disorder มากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 21.8 ทั้งนี้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ยืนยันให้เห็นว่าปัจจัยทางจิตใจ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อเนื่องหรือเรื้อรัง มีผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) เช่นความเครียดมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจ ความเครียดและอาการซึมเศร้า สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันหลายรูปแบบ รวมทั้งแบบแผนการนอน เป็นต้น (Shekelle RB, et al, 1981 ; Persky VW, et al , 1987)

1.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ในภาพรวมของการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ พบว่า เมื่อพิจารณาภาพสะท้อนที่เด่นชัดว่าผลการช่วยเหลือของทีมสุขภาพจิตโดยเปรียบเทียบจากระดับความเครียด ขณะเกิดเหตุการณ์และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่าเมื่อรวมระดับความเครียดในระดับสูงและรุนแรงเข้าด้วยกัน มีระดับความเครียด ร้อยละ 57.8, 58.9 และ 35.9 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจากเดิมประมาณ ร้อยละ 23.0 เมื่อสิ้นสุดการให้บริการจากทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน) และคะแนนภาวะซึมเศร้า (ในกลุ่ม ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป) ขณะเกิดเหตุการณ์และภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 67.8 , 67.2 และ 47.9 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจากเดิมประมาณ ร้อยละ 20.0 เมื่อสิ้นสุดบริการเช่นกัน (ภายหลังประสบอุทกภัย 6 เดือน) ซึ่งเป็นผลสะท้อนให้เห็นว่าผลการช่วยเหลือของทีมสุขภาพจิต ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2533) กฤษฎา ชลวิริยะกุล (2539) ซึ่งได้เสนอแนะว่าการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องจัดโครงการให้การปรึกษาระหว่างประสบอุทกภัย และภายหลังประสบอุทกภัย โดยการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น และในการให้บริการแก่กลุ่มผู้ประสบอุทกภัย ก็ต้องมีบริการการรักษาด้วยยาาร่วมด้วยจึงจะช่วยให้ทั้งอาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย ดันศิริสิทธิกุล และคณะ (2546) ซึ่งได้ให้บริการรักษาด้วยยาและพบว่าปริมาณยาที่ใช้ในการให้บริการมากที่สุด คือ Diazepam , Amitriptyline คิดเป็นร้อยละ 77.6

ในการดำเนินการช่วยเหลือ บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจในการศึกษานี้ได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เกสัชกร และผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น และได้ให้การบำบัดรักษาด้วยยาด้วยโรคทางกาย ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องน้ำกัดเท้า ตาแดง ไข้หวัด อุจจาระร่วง ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น แพทย์ได้สั่งการรักษาโรคทางกายตามอาการ สำหรับโรคทางด้านจิตใจ ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยา Diazepam และ Amitriptyline มากเป็นอันดับ 1 เช่นกันกับการศึกษาของสมชาย ดันศิริสิทธิกุล และคณะ (2546) นอกจากนี้ในการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ยังมีบริการการให้การปรึกษา และคลายเครียดอีกด้วย โดยรายได้ที่แพทย์พิจารณาว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจมาก จำเป็นต้องรับบริการด้วยการให้การปรึกษา และคลายเครียดก็จะส่งไปรับบริการจากทีมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยา พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งผ่านการอบรมเรื่องการให้การปรึกษาและคลายเครียดมาแล้ว บริการให้การปรึกษาในระยะเกิดเหตุการณ์ พบว่า ระบบการประสานงานในทีมสุขภาพจิตที่ออกหน่วยให้บริการยังมีจุดอ่อนจึงทำให้

ผู้รับบริการ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 3.6) ไม่ได้รับบริการ โดยกลุ่มคนเหล่านี้ได้กลับบ้าน ก่อนเมื่อรับยาเรียบร้อยแล้ว ปัญหาเหล่านี้ได้เกิดขึ้นในช่วงแรกของการให้บริการแต่หลังจากได้ประชุมประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน ปัญหาเหล่านี้จึงหมดไป อย่างไรก็ตามทีมสุขภาพจิตได้ส่งต่อกลุ่มคนที่ต้องรับบริการปรึกษาและคลายเครียดแต่ไม่ได้รับบริการ ให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในระดับสถานีอนามัย เพื่อให้การปรึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป จากบริการให้การปรึกษา และคลายเครียดแก่ผู้รับบริการ หากพิจารณาในภาพรวมพบว่า ในช่วงประสบเหตุการณ์จะมีผู้ป่วยรับบริการมาก ถึงร้อยละ 27.4 และ เริ่มลดลงภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และ 8.4 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผลการฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยทำให้ประชาชนที่ประสบเหตุการณ์ สามารถปรับตัว และสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ จึงทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องให้บริการ ปรึกษามากเช่นเดียวกันกับขณะประสบเหตุการณ์ อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 คน เมื่อสิ้นสุดโครงการ ติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังน้ำลด 6 เดือน แพทย์ได้ Refer ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ด้วยโรค Major depressive disorder แต่ผู้ป่วยขอไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ เพราะสะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการ และเคยเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลมาก่อน แต่ขาดการติดต่อขอรับยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับประสบภาวะอุทกภัยทำให้มีอาการมากขึ้น เมื่อติดตาม ผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ครบ 1 ปี หลังประสบอุทกภัย (1 ตุลาคม 2546) พบว่า ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต อยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ประกอบอาชีพทำนา และยังคงมารับยาอย่างต่อเนื่อง ในภาพรวมแล้วจะเห็น ได้ว่าโครงการนี้ สามารถช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยได้ และก่อให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่บังเกิด ผลดีต่อผู้รับบริการ ภายใน 6 เดือน โดยไม่มีการเจ็บป่วยจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษเป็นทั้งผู้ป่วยนอก และนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ไม่นับรวมผู้ป่วยรายเก่าที่ กล่าวมาแล้วข้างต้น) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทีมสุขภาพจิตช่วยให้ผู้รับบริการ เกิดการทำความเข้าใจในปัญหา และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้ถูกต้องตามเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการแสดงออกทางความรู้สึกที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ตลอดจนจัดให้มีทีมช่วยเหลือสนับสนุนทั้งจาก บุคคลและจากสถาบันในสังคม เช่น องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และกาชาดจังหวัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการช่วยเหลือให้กลุ่มคนเหล่านี้ สามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้สรุปแนวคิดเอาไว้ (ทัศนา บุญทอง, 2544 ; Johnson BS, 1986 ; Rosen A, 2003) อย่างไรก็ตามใน จุดที่มีผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากในบางพื้นที่โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าและเคยมีแนวคิด นำตัวตายก่อนยุติบริการ (หลังประสบอุทกภัย 6 เดือน) ทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ ได้ทำกลุ่มการให้การปรึกษา โดยมีกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ กลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน เข้าร่วมกลุ่มจำนวน 15 คน โดยได้ดำเนินการเพื่อให้คนในชุมชนมี ส่วนร่วมช่วยเหลือและให้กำลังใจ ประคับประคองจิตใจแก่กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้มีกำลังใจในการดำรงชีวิต ต่อสู้ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นต่อไป ซึ่งเป็นผลจากการประสบอุทกภัย ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้ง ทางด้านทรัพย์สิน และเรือกสวน ไร่นา สิ่งเหล่านี้เป็นภาวะที่ทุกคนที่เข้ากลุ่มมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทุกคนจะมีความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม ที่คล้ายคลึงกันก่อให้เกิดการเข้าใจ เห็นใจยอมรับและจะ ร่วมมือแก้ไขช่วยเหลือ แก้ไขสถานการณ์นั้นๆ สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง และได้รับข้อมูล

ย้อนกลับจากกลุ่มเพื่อนสมาชิกเพื่อคลี่คลายความรู้สึกโดดเดี่ยว แลกแยก ลับสน อ่างว้าง ไปสู่ความรู้สึกที่มีคุณค่าและมีความหมาย (Trotzer, 1997) โดยสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มและการแสดงออกทางด้านสีหน้าท่าทางและพฤติกรรม เช่นมีสมาชิกในกลุ่ม 1 คน ที่เคยฆ่าตัวตายโดยกินยาฆ่าแมลง แต่สามารถช่วยชีวิตได้ (ก่อนประสบอุทกภัย) เมื่อประสบอุทกภัยอาการกำเริบเป็นมากขึ้นและมีแนวคิดเช่นเดิมอีก เมื่อสิ้นสุดโครงการและภายหลังให้การปรึกษารายบุคคลแล้ว ได้นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มการให้การปรึกษาด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบว่า หลายคนในชุมชนมีปัญหาลักษณะเดียวกับผู้ป่วยและจะได้แลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับเพื่อนๆ ช่วงสุดท้ายของการเข้ากลุ่มสมาชิกทุกคนร่วมมาจับมือผู้ป่วยและบอกผู้ป่วยว่า “หากมีปัญหอะไรที่ลำบากใจ ไม่รู้จะพูดหรือระบายให้ใครฟังก็มาหาเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ ทุกคนยินดีช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ อย่าตัดสินใจทำร้ายตนเองอีก เพราะยังมีลูก สามี และเพื่อนบ้านทุกคนห่วงใยอยู่เสมอ และอยากช่วยเหลือ” ซึ่งผลการดำเนินการของสมาชิกกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยรายนี้ สีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส และบอกว่า “จะไม่ทำร้ายตนเองอีกถ้ารู้ว่ามีคนรักและห่วงใยและมีเพื่อนๆ ทุกคนเข้าใจตนเองอย่างนี้” สอดคล้องกับกระบวนการให้การปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาที่มีความคิด ประสบการณ์ และปัญหาคล้ายๆ กันได้หาแนวทางช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มระหว่างผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกกลุ่มทำให้เกิดบรรยากาศแห่งความอบอุ่น ความยอมรับ ความไว้วางใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกพูดถึงตนเองหรือสิ่งที่ทำให้เขากังวลใจ ความขัดแย้งในจิตใจ ตลอดจนได้สำรวจตนเอง ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหาและใช้ความคิดในการแก้ปัญหา รวมทั้งได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง และผู้นำกลุ่มจะช่วยให้กระบวนการกลุ่มต่างๆ ดำเนินไปอย่างราบรื่นส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม (ชูชัย สิทธิไกร, 2527 ; กรมสุขภาพจิต, 2540 ; George and Cristiani, 1990 ; Gladding, 1992)

2. รูปแบบในการดำเนินงานการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นที่เตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพจิตที่จะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการให้บริการ ตลอดจนการประสานงานกับพื้นที่ที่ต้องออกหน่วยให้บริการ ถึงกำหนดการ วัน เวลา สถานที่

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัยเป็นการดำเนินการเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิต เพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน โดยขั้นตอนนี้ จะมีคำถามเพื่อประเมินผู้รับบริการทั้งหมดเบื้องต้น ว่า “ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันหรือไม่” ถ้าตอบว่า “มี” กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย และส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค ให้การรักษาด้วยยา บางรายอาจส่งต่อรับบริการ ปรึกษาและคลายเครียด และทุกรายที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6 เดือนตามคุณสมบัติที่กำหนด จะส่งต่อไปพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มผู้ประสบอุทกภัยที่ตอบว่า “ไม่มี” จะถูกสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายที่มีปัญหามาขอรับบริการในครั้งนี้ จากนั้นเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษา ปรึกษาและกลับบ้านได้

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยการช่วยเหลือในช่วง 1, 6 เดือน ดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2 แต่จะแตกต่างกันบ้าง โดย

จะสัมภาษณ์เฉพาะในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 188 คน เท่านั้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงขึ้นไป หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อ หรือ 1 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ตามที่แพทย์กำหนด หรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เครือข่ายในพื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิต และทำการสัมภาษณ์กลุ่มเหล่านี้เฉพาะในส่วนแบบวัดความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการวินิจฉัยโรคและการรักษา สำหรับการติดตามเฝ้าระวังในช่วง 3 เดือน จะใช้วิธีประสานงานกับเครือข่ายเท่านั้น ว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีอาการเป็นอย่างไร หากมีปัญหามากสามารถขอรับการปรึกษาหรือส่งต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน เป็นการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และประเมินผลในภาพรวม เพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย หรือภัยพิบัติในอนาคตข้างหน้า

จากรูปแบบการดำเนินงานที่กำหนดเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านการปรับเปลี่ยนจนเหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เพราะได้ผ่านการทดลองระบบการดำเนินงานมาแล้วถึง 5 จังหวัดคือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือ ผู้ประสบอุทกภัยโดยมีขั้นตอนเหล่านี้จาก กรมสุขภาพจิต (2543) ทศนา บุญทอง (2544) Johnson BS (1986) Rosen A (2003) ซึ่งกล่าวว่าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤตจะเกิด 1) ความวิตกกังวลระดับสูง 2) เกิดภาวะซึมเศร้า 3) ปฏิกริยาตอบโต้ในทางรุนแรง โดยการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น 4) เกิดความทุกข์โศกเสียใจ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ เกิดปฏิกิริยาเหล่านี้ทุกข้อ แต่ไม่มีรายงานการทำร้ายผู้อื่นในการศึกษานี้เท่านั้น สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คล้ายกับการศึกษาหรือนักวิชาการหลายท่านได้สรุปแนวคิดไว้ แต่อาจแตกต่างในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นเตรียมการ และระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงานซึ่งการศึกษานี้ได้กล่าวถึง แต่ในหลายการศึกษาไม่ได้กล่าวถึง (Perry Lindell, 1978 ; Cohen, 1987 ; Ursano, et al, 1993) เนื่องจากนักวิชาการส่วนใหญ่จะเน้นถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นของผู้ประสบอุบัติเหตุและการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการเน้นถึงทฤษฎีของปฏิกิริยาในการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างประสบอุบัติเหตุ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอุบัติเหตุมากกว่า แต่การศึกษานี้เป็นการบูรณาการแนวคิดเชิงวิชาการผนวกกับการปฏิบัติงานจริงที่สัมฤทธิ์ผล ฉะนั้น การเตรียมความพร้อมที่ดีของทีมสุขภาพจิต จะช่วยให้การดำเนินการช่วยเหลือ และการเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นของผู้ประสบอุบัติเหตุได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ มีประสิทธิภาพที่ดี เช่นเดียวกับการประเมินผลจะช่วยให้การดำเนินงานในระยะเวลายาวนานของโครงการนี้ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงักเพราะหากเกิดปัญหา การประเมินผล และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จะช่วยให้ปัญหาที่มีลดลง ทำให้การดำเนินงานเกิดความราบรื่นจนสิ้นสุดโครงการ แต่ก็สอดคล้องกับการดำเนินงานของ สุดาพรรณ ธีญจิรา (2545) ซึ่งมีระยะเตรียมการและมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เช่นกัน

คณะผู้วิจัยได้พิจารณาสิ้นสุดโครงการการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เมื่อ 6 เดือน ภายหลังประสบอุทกภัย ซึ่งอาจแตกต่างจาก Cohen (1987) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูบูรณะสภาพจิตใจ อาจใช้เวลานานเป็นปี ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีการดำเนินงานในระบบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ช่วยเหลือการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ซึ่งก็ได้แก่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ประจำอยู่ ณ สถานีอนามัย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี ภายหลังสิ้นสุดโครงการ หากพบปัญหาในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเหล่านี้ว่ามีอาการกำเริบมากขึ้น ก็สามารถส่งต่อขอรับการปรึกษากับแม่ข่ายระดับเขตได้ตลอดเวลา ตลอดจนสามารถ Refer ผู้ป่วยเหล่านี้ไปในระบบเครือข่ายที่เหนือกว่าเป็นลำดับขั้น โครงการนี้จึงยุติบริการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเมื่อ 6 เดือนหลังประสบอุทกภัย และส่งต่อให้เครือข่ายดูแลตามระบบการดำเนินงานตามปกติของสถานีอนามัย ต่อไป

สำหรับความรู้ของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับตำบลที่จะต้องดูแลผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ แม่ข่ายระดับเขตคือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ดำเนินการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบการบรรยาย การจัดทำคู่มือ เอกสาร จดหมายข่าว คู่มือการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน และการประชุมสัมมนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 จนถึงปัจจุบัน จึงทำให้มั่นใจว่า สามารถดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ในชุมชนได้เป็นอย่างดี

3. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน จากผลการศึกษาพบว่าปัญหาในการดำเนินงานเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ได้แก่

3.1 ระบบการดำเนินงาน มีปัญหาในด้านทีมงานสุขภาพจิตยังไม่คุ้นเคยกับการให้บริการในพื้นที่ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ผู้รับบริการบางรายไม่ได้รับการปรึกษาและคลายเครียด โดยรับยาจากเภสัชกรและกลับบ้านไปก่อน เนื่องจากขาดการประสานงานที่ดีของหน่วยบริการหลังพบแพทย์และบริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย ได้ดำเนินการแก้ไขโดยประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละวัน ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทให้ชัดเจนใน 2 จุดบริการที่มีปัญหาซ้ำอีกครั้ง โดยมีผู้บริหารจัดการในเรื่องนี้ โดยเฉพาะกรณีมีผู้รับบริการมากและต้องเสียเวลารอรับบริการปรึกษา จัดทีมบริการปรึกษาเพิ่มทันทีโดยกำหนดเป็นคนสำรองหมายเลข 1, 2, 3 เป็นต้น ซึ่งจากการดำเนินการดังกล่าว สามารถแก้ปัญหาได้

3.2 ทีมสุขภาพจิตยังมีปัญหาในการใช้แบบประเมินความเครียดและแบบวัดภาวะซึมเศร้าได้แก้ไขโดยจัดประชุมทำความเข้าใจเครื่องมือทั้งสองซ้ำอีกครั้ง และมีคู่มืออธิบายรายละเอียดในข้อคำถามแต่ละข้อให้ทุกคนทราบและมีคู่มือประจำคนละ 1 ชุด สำหรับแบบวัดภาวะซึมเศร้าในการศึกษารั้งนี้เลือกใช้ของกรมสุขภาพจิต (2545) เนื่องจากมีจำนวนข้อน้อย จึงง่ายและสะดวกในการนำไปใช้จริงในชุมชน แต่มีจุดอ่อนคือเครื่องมือยังไม่ได้ทำการศึกษาความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย จึงไม่มีจุดตัดที่เหมาะสม (cut off point) ที่จะคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จึงใช้วิธีการตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนดคือหากพบคำตอบตอบเพียง 1 ข้อขึ้นไป ก็นับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึง 6 เดือนภายหลังประสบอุทกภัย อย่างไรก็ตามในการดำเนินการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย หากมีเหตุการณ์เช่นเดียวกันนี้เกิดขึ้นอีก สามารถใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้ทำการพัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ซึ่งมีจุดตัดที่เหมาะสม (cut off point) ที่ 6 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 86.8 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 79.8 ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ร้อยละ 80.7 (ทวิ ตั้งเสรีและคณะ , 2546) และมีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

3.3 ด้านผู้รับบริการ พบปัญหาในเรื่องผู้รับบริการไม่มาตามนัดเมื่อติดตามผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ หลังน้ำลด 1 เดือน และ 6 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการส่วนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 20 - 30 ไม่มาตามนัดเพราะไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด และในตัวเมืองเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว แต่จากการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่าทุกคนยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ในการดำเนินการครั้งนี้ได้รูปแบบการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบ อุทกภัยในเขต 6 ที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรมปฏิบัติได้จริงในชุมชนและผลการดำเนินงานช่วยให้ ผู้ประสบอุทกภัยทั้งหมด สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติในชุมชน ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่จะนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปใช้ต้องคำนึงถึง

1.1.1 มีระบบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ ซึ่งผ่านการพัฒนาความรู้ ในการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช หากมีอาการรุนแรงจะได้โทรศัพท์เพื่อขอรับการปรึกษากับแม่ข่ายระดับ เขตในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นหรือพิจารณาส่งต่อในหน่วยงานระดับเหนือกว่าต่อไป ซึ่งในเรื่องนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีจุดแข็งคือเครือข่ายฯ ในพื้นที่มีจุดเด่นในเรื่องนี้ เนื่องจากมี การพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ให้มีความรู้ทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 จนถึงปัจจุบัน

1.1.2 มีทีมสหวิชาชีพที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากการประเมินสภาพจิตใจ ผู้รับบริการ ด้วยแบบประเมินต่างๆ ในโครงการนี้ต้องใช้เวลา หากไม่มีอัตรากำลังเพียงพอ อาจทำให้ ผู้รับบริการไม่สามารถรับบริการได้ อาจกลับบ้านก่อน ทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้สูญเสียโอกาสในการรับการ วินิจฉัยโรค และบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งโดยปกติทีมสหวิชาชีพที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ผู้ช่วยทันตแพทย์ โดย ในการออกหน่วยแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับจำนวนผู้รับบริการว่ามีมากน้อยเพียงใด แต่โดยปกติจะใช้ทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 8 คน ขึ้นไป แต่ถ้าหากหน่วยงานใดมีจำนวนบุคลากรน้อยกว่านี้ อาจฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ ดำเนินการช่วยเหลือในการสัมภาษณ์ผู้รับบริการก่อนพบแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในกรณีผู้มารับบริการมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะช่วยคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องพบแพทย์ให้รอพบแพทย์ทุกคน โดยให้เข้าพบแพทย์ก่อนคนอื่นๆ ก็ได้

1.2 ในการให้บริการแก่ผู้ประสบอุทกภัยในขณะที่เกิดเหตุการณ์ ผู้รับบริการหลายคนอาจ ไม่ให้ความสนใจในการรับบริการเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตเพราะ มองเห็นว่าปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร น้ำดื่ม เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม มีความสำคัญ มากกว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการถึงความสำคัญของปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ แต่ผู้รับบริการไม่ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งทีมสุขภาพจิตสามารถประเมิน อาการได้ ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยให้ผู้รับบริการมีสภาพจิตใจและร่างกายที่ดีขึ้น สามารถ เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตได้ทั้งขณะประสบอุทกภัย และภายหลังประสบอุทกภัย

1.3 ในการนัดหมายเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ หลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน ควรมีการประชาสัมพันธ์เน้นย้ำกับผู้รับบริการว่ามีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมาก เพื่อจะได้ประเมินสภาพจิตใจหลังน้ำลด และหากพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก จะได้รับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจจากทีมสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก นอกจากนี้การสอบถามความพร้อมของผู้รับบริการที่สามารถมาตามนัดได้ ควรมีการประสานงานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อาจได้ผู้รับบริการ มาตามนัดมากกว่านี้

1.4 ในการนัดหมายผู้รับบริการให้มาตามนัด 1 เดือน 6 เดือน ต้องแจ้งเตือนล่วงหน้าให้ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ทราบอย่างน้อย 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อนัดหมายผู้รับบริการให้มาให้มากที่สุด

1.5 ในการดำเนินการครั้งนี้มีการนำแบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้ามาใช้ ซึ่งเป็น การวางแผนการดำเนินงานก่อนออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ประสบอุทกภัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หากหน่วยงานใดต้องการดำเนินงานในรูปแบบคล้ายคลึงกัน อาจนำเครื่องมืออื่นๆ มาใช้ในการประเมินภาวะ สุขภาพจิตที่มีความไวต่อการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยมาทดแทนก็ได้ ซึ่งควรเป็น เครื่องมือเพียงชุดเดียว อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พัฒนาแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าเรียบร้อยแล้ว ซึ่งสามารถนำมาคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดีโดยมีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 6 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 Specificity ร้อยละ 79.8 accuracy ร้อยละ 80.7 ซึ่งเป็น เครื่องมือที่ผ่านการทดลองใช้ในชุมชนเรียบร้อยแล้ว พบว่าง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้

1.6 เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ ควรมีการประชุมทีมสหวิชาชีพ ภายหลังการออกหน่วยทุกครั้งเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เพื่อนำมาใช้ในการให้บริการครั้งต่อไป เนื่องจากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่อง

1.7 เพื่อให้การดำเนินงานการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย หรือภัยพิบัติต่างๆ ง่ายและสะดวกต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานต่างๆ ที่พบกับภัยพิบัติได้จริง จึงสรุปการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการประสานงานกับพื้นที่ที่ต้องออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยพิบัติ เพื่อกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่ออกหน่วยและประมาณการความต้องการ การช่วยเหลือและความรุนแรงของปัญหา ตลอดจนจำนวนผู้รับบริการ นำข้อมูลที่ได้รับมาประชุมทีมสหวิชาชีพ กำหนดบทบาท และแนวทางการดำเนินงาน และเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ บุคลากร ยานพาหนะ ให้พร้อมออกหน่วยตามกำหนด

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบอุทกภัยโดยการออกหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ตามกำหนด และให้บริการดังนี้

2.1 พยาบาล แจกบัตรคิวและสัมภาษณ์เบื้องต้นในส่วนของข้อมูลทั่วไป และใช้คำถามว่า “ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจจนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันหรือไม่” ถ้าตอบ “ไม่มี” ส่งผู้รับบริการพบแพทย์ตามปกติ และรับยากลับบ้าน ถ้าตอบ “มี” ส่งผู้รับบริการสัมภาษณ์ด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย

2.2 พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยทันตแพทย์สัมภาษณ์ผู้รับบริการด้วยแบบสัมภาษณ์ ผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย 3) แบบวัดความเครียด 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 5) การวินิจฉัยโรคและการรักษา หลังจากนั้นสรุป คะแนนที่ได้จากแบบวัดความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ลงในส่วนที่ 5 ส่งผู้รับบริการพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรค

2.3 แพทย์วินิจฉัยโรค และสั่งการรักษา จากนั้นส่งต่อไปรับยาและกลับบ้านได้ บางรายแพทย์ จะส่งต่อรับบริการปรึกษาและคลายเครียดก่อนรับยากลับบ้าน หรือ Refer ไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

2.4 นักจิตวิทยา พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ (ที่ผ่านหลักสูตรการให้การปรึกษา และคลายเครียด) ทำหน้าที่ให้การปรึกษาและคลายเครียด กรณีแพทย์ส่งต่อผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต ชับซ้อนมารับบริการ หลังให้บริการให้บันทึกผลการให้การปรึกษาและคลายเครียดลงในรายงานในส่วนที่ 5

2.5 เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และพยาบาล จัดและแจกยา ให้คำแนะนำการรับประทานยา ให้ผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน

2.6 สรุปรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และส่งต่อไปให้พื้นที่ที่ออกหน่วยทราบว่า ผู้ป่วยรายใดที่ต้องการติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วย ที่ส่งต่อพื้นที่ให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มเสี่ยง หลังประสบอุทกภัย 1 เดือน และ 6 เดือน โดยดำเนินการเช่นเดียวกับ ข้อ 2.2 - 2.5 แต่ในข้อ 2.2 จะสัมภาษณ์เฉพาะอาการสำคัญในปัจจุบัน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ 3, 4 และ 5 เท่านั้น

สำหรับการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในระยะ 3 เดือนหลังประสบอุทกภัย จะติดตามโดยการ ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต อยู่ในสังคม ชุมชนได้ตามปกติหรือไม่ โดยไม่ได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการ

ในการติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต เมื่อ 6 เดือนภายหลังประสบอุทกภัย เมื่อให้บริการ เรียบร้อยแล้ว จะส่งต่อ Case ให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะยุติการให้บริการ หากพบว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีปัญหาสุขภาพจิตในภายหลังสามารถปรึกษาแม่ข่ายระดับ เขตหรือส่งต่อ Case ไปยังเครือข่ายในระดับเหนือกว่าได้ทันที

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน ดำเนินการประเมินผลทั้งระยะสั้น โดยดำเนินการ ภายหลังการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในแต่ละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และประเมินผลระยะยาวเมื่อสิ้นสุดโครงการโดยจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เพื่อเผยแพร่และเป็น รูปแบบในการดำเนินงานเมื่อประสบกับภัยพิบัติในครั้งต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 นำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ในครั้งนี้ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยทั่วทุกภาคของประเทศ เพื่อดูความเหมาะสม ความง่าย และสะดวกในการปฏิบัติงานในพื้นที่อื่นๆ ตลอดจนมีการประเมินผลการดำเนินงานด้วยว่ามีประสิทธิผล อย่างไร

2.2 ทำการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยโดยเฉพาะ โดยเป็นเครื่องมือที่สั้นง่าย สะดวก และมีความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำในการวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงได้ ใกล้เคียงกับแพทย์สูง มาใช้ทดแทนแบบประเมินความเครียดและแบบวัดภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ชลวิริยะกุล. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยจังหวัดชัยนาท. ชัยนาท : ศูนย์สุขภาพจิต ชัยนาท, 2539.
- กรุงเทพธุรกิจ. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 22 สิงหาคม 2545.
- กรมการปกครอง. แผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ. 2541 ภาคการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. กรุงเทพฯ : กรมการปกครอง, 2541.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานให้ความช่วยเหลือผู้ประสบวาตภัยภาคใต้ พ.ศ. 2532. กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก. โรงพิมพ์อักษรไทย, 2533.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มชนิดมีแบบแผนสำหรับหญิงตั้งครรภ์. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2540.
- _____. คู่มือฝึกอบรมการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ. นนทบุรี : มปท., 2543.
- _____. แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2545.
- จำลอง ดิษยวณิช, พรหมเพรา ดิษยวณิช. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่ : เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545.
- ชูชัย สิริไกร. กิจกรรมกลุ่มสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์, ไพสินี ปรัชญคุปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ พระธรรมจันทร์, 2546.
- ทัศนาศา บุญทอง. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต. ใน : เบญจพิชญ์ เจริญผูก, บรรณาธิการ. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544 : 145 - 64.
- ธำรง ทัศนาศา, สุพิน พรพิพัฒน์กุล, วินดา เข้มแก้ว. การศึกษาติดตามผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากการวางระเบิดศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2529 ; 30 : 89 - 92.
- เนชั่นสุดสัปดาห์, ปีที่ 11. ฉบับที่ 533. วันที่ 19 - 25 สิงหาคม 2544.
- แผนงานสุขภาพจิต กรมการแพทย์. การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้ ของประเทศไทย พ.ศ. 2531. นนทบุรี : กรมการแพทย์, 2532.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. ผู้ป่วยวิตกกังวล. ใน : มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชสำหรับแพทย์. นนทบุรี : เรดิเอชั่น จำกัด, 2544 : 59 - 75.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และสถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัยศึกษาผลกระทบทางสังคมและจิตใจของผู้ประสบเหตุการณ์จากเหตุเพลิงไหม้ บริษัทเคเคอร์ อินดัสเตรียล (ไทยแลนด์) จำกัด. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยา, 2536.

- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตผู้ประสบวาตภัยและอุทกภัย จังหวัดชุมพร.
สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2533.
- วันดี เนตรไสว และคณะ. โครงการฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยบริการปรึกษาหลังอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
Available from : [http : // www.jvkk.go.th /abstract /report. asp? code = 201440007360](http://www.jvkk.go.th/abstract/report.asp?code=201440007360)
[2003 Dec 13].
- วีระ ชูรุจิพร และคณะ. ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากวาตภัย จังหวัดชุมพร. เอกสารโรเนียวในการประชุม
วิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. โรงแรมอิมพีเรียล. 26 - 27
กรกฎาคม 2533. กรุงเทพฯ : มปท., 2533.
- สถาบันสุขภาพจิต. รายงานผลการปฏิบัติงานโครงการประสานและให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ประชาชน
จากเหตุการณ์ 17 - 20 พฤษภาคม 2535. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต, 2535.
- สมชาย ดันศิริสิทธิกุล, เกษราภรณ์ เกนบุปผา, ธาริณี มัลลย์มาตร์. ผลกระทบของอุทกภัยต่อปัญหา
สุขภาพจิต. ใน : กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด
ปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, 2546 : 199.
- สุดาพรรณ รัชฎาจิรา. บทบาทของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับสาธารณสุข. ใน : ปราณี หน่อเพชร บรรณาธิการ.
การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, 2545 : 419 - 20.
- สุรัช เกื้อศิริกุล. General anxiety disorder. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 476.
- สำนักงานเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนอุทกภัยทั่วประเทศ
ปี พ.ศ. 2535 - 2544 . Available from : [http :// www. thainet.net /accident /data /flood / table 1
flood. html](http://www.thainet.net/accident/data/flood/table1flood.html) [2004 Jan 10].
- สันติชัย จำจิตขึ้น. Stress. Available from : [http //www.mahidol.ac. th/mahidol /ra / rape /str. html](http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rape/str.html)
[2003 Dec 31].
- สมหมาย เลหาจินดา, เจริญพร กิจชนะพานิชย์. การศึกษาผลกระทบทางสังคมและจิตใจของญาติผู้เสียชีวิต
กรณีการระเบิดในโรงงานอบลำไยของบริษัทหงไทยเกษตรพัฒนาจำกัด อำเภอสันป่าตอง
จังหวัดเชียงใหม่. Available from : [http : // www.jvkk.go.th /abstract /report. asp ?code =
201430006251](http://www.jvkk.go.th/abstract/report.asp?code=201430006251) [2003 Dec 13].
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สงวนศรี แต่งบุญงาม ,นวลตา อาภาศัพท์กุล, พิไลรัตน์ ทองอุไร. การติดตาม
ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ประสบอุทกภัยระหว่างวันที่ 21 - 25 พฤศจิกายน 2543
ที่อำเภอหาดใหญ่ และบริเวณใกล้เคียง. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, อานนท์ วิทยานนท์ และอดัน กิเตอร์. การสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพในระยะ
เฉียบพลัน หลังเหตุการณ์น้ำท่วมในอำเภอหาดใหญ่ และบริเวณใกล้เคียงในจังหวัดสงขลา
ระหว่างวันที่ 21 - 25 พฤศจิกายน 2543. ใน : ศุภโชค วิริยโกศล, นิรันทร สุมาลี, บรรณาธิการ.
น้ำท่วมหาดใหญ่ 2543 : ปัญหาและแนวทางแก้ไข, สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544 :
199 - 204.

- อุดม ลัทธนิวิจารณ์, กิตติกร มีทรัพย์ และคณะ. การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่ประสบอุทกภัย
ในเขตกรุงเทพมหานคร (เอกสารโรเนียว). นนทบุรี : กองสุขภาพจิต, 2526.
- อุดม ลัทธนิวิจารณ์ และคณะ. การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้ของประเทศไทย
พ.ศ. 2531. นนทบุรี : แผนงานสุขภาพจิต กรมการแพทย์, 2532.
- อุครธานี. สรุปสถานการณ์อุทกภัย จ.เพชรบูรณ์ และ จ.อุครธานี. Available from : [http://www.udonthani.com /
udnews/00017. html](http://www.udonthani.com/udnews/00017.html) [2004 Jan 10].
- อัมพร โอตระกูล. วิทยาศาสตร์กับจิตเวชศาสตร์. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 2.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 1154 - 64.
- อัมพร โอตระกูล, สุวัฒน์ ศรีสรณ์, ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. รายงานการวิจัยเรื่องปฏิกิริยาชุมชนต่อการ
ตอบสนองวินาศภัย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- อัมพร โอตระกูล, และคณะ. ผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบวาตภัย จังหวัดชุมพร. กรุงเทพฯ :
ม.ป.ท., 2533.
- Ahearn . F.L. Disaster and mental health : pre-and post earthquake comparison of psychiatric admission
rates. Urban and Social Change Review 1981 ; 14 : 22 - 6.
- American College of Surgeons, Committee on trauma : resources for optimal care of the injured patient.
Chicago : American College of Surgeons, 1990.
- Aquilera, D.C. & Messick, J.A. Crisis intervention : theory and methodology, 4th ed., St.Louis :
Mosby., 1982.
- Barton. A. Communities in disasters. New York : Basic Books, 1969.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. London : Tavistock, 1964.
- _____. Support systems and community mental health. New York : Behavioural Publications, 1974.
- Cohen, R. C. Culp, and S. Genser, Human problems in major disasters : a training curriculum for
emergency medical personnel. Washington, DC. : Government Printing Office, 1987 : 1 - 23.
- Division of Mental Health, World Health Organization. Epidemiology and description of psychosocial
reactions to disaster. Geneva : WHO, 1992.
- _____. Introduction in psychosocial consequences of disasters. Prevention and management. Geneva :
WHO, 1992.
- George, RL and Cristiani, TS. Counselling and practice. 3rd ed. New Jersey : Prentice Hall, Englewood
Cliffs, 1990.
- Gladding ST. Counselling : a comprehensive professional. 2nd ed. New York : Macmillan Publishing
Company, 1992.
- Green B., Defining trauma : terminology and generic dimension. Journal of the Applied Social
Psychology 1990 ; 20 : 1632 - 42.
- [http : //www. communications. police.go. th/eagle/Proj 245_News. html](http://www.communications.police.go.th/eagle/Proj245_News.html). [2003 Sep 8].

[http : //www. dmbertaf. thaigov.net/lawdp 5. htm](http://www.dmbertaf.thaigov.net/lawdp5.htm) [2003 Sep 8].

[http : // www. ramacme. org/resident/handbook/plano.asp](http://www.ramacme.org/resident/handbook/plano.asp) [2003 Sep 7].

[http : // www. rtafperson. com/4](http://www.rtafperson.com/4) [2003 Sep 8].

Johnson, Barbara Sehoen. Psychiatric mental health nursing adaptation and growth. London : The Murray Printing Company, 1986.

Kinston W., Rosser R. Disaster : effects on mental physical state. J. Psycosom. Res. 1974 ; 18 : 437 - 56.

Lima, B.R. Primary mental health care for disaster victims in developing countries. Disasters 1986 ; 10 : 203 - 4.

Lindemann F. Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiat 1944 ; 101 : 141 - 48.

McGorry P, Rosen A, Carr V, Pantelis G. Innovations in the treatment of psychosis. In : Andrews G, editor. Specialization in psychiatry. Geigy psychiatric symposium proceedings, 1994 : XV.

Perry, R.W. & Lindell, M.R.. The psychological consequences of natural disaster : a review of research on American communities. Mass Emergencies 1978 ; 3 : 105 - 15.

Persky VW. Kempthorne-Rawson J, Shelkelle RB. Personality and risk of cancer : 20 - year follow up of the western electric study. Psychosom Med 1987 ; 49 : 435 - 49.

Raphael B. When disaster strikes : a handbook for the caring professions. London : Hutchison, 1986.

Rosen A. The stigmatized stand up : active involvement in our own mental health services. Mental Health Aust 1985 ; 4 : 3 - 17.

_____. Review of Raphael B. When disaster strikes. ASW Impact 15 - 16 March 1988.

_____. Crisis management in the community. MJA 1997 ; 167 : 633 - 38.

_____. Crisis management in community. Available from : [http: // www. mja.com.au/public/ issues/ xmas/rosenmh/rosen. html](http://www.mja.com.au/public/issues/xmas/rosenmh/rosen.html) [2003 Dec 13].

Ross, G.A. and Quarantelli, E.L. Delivery of mental health services in disasters : the xenia torando and some implications. Ohio : The Ohio State University : The Disaster Research Center Book and Monograph Series, 1976.

Rubonis. A.V. and Bickman, L. Psychological impairment in the wake of disaster : the disaster psychopathology relationship. Psychological Bulletin 1991 ; 109 : 384 - 99.

Shekelle RB, Raynor WJ, Ostfeld AM, et al. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. Psychosom Med 1981 ; 43 : 117 - 25.

Shore JH, Tantnum EL, Volmer MH. Evaluation of mental of disaster, Mount St. Helen eruption. Am J Pub Health 1986 ; 76 : 76 - 83.

Trotzer, JP. The counsellor and the groups : interaction theory training and practice. Monterey. California : Brooks / Cole Publishing, 1997.

- Tyhurst JS. The role of transitional states - including disaster - in mental illness. Symposium on Preventive and Social Psychiatry, Walter Reed Army Institute of Research. Washington DC : US Government Printing Office, 1958.
- United Nations Disaster Relief Co-ordinator (UNDRO). Disaster prevention and mitigation. Vol. II : preparedness aspects. New York : United Nations, 1984.
- Ursano, R.,C. Fullerton, and A. Norwood. Psychiatric dimensions of disaster : patient care, community consultation, and preventive medicine. Harvard Review of Psychiatry 1995 ; 3 : 196 - 209.
- World Health Organization . ICD-10 draft of chapter V, categories F00-F99, mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva : World Health Organization. Division of Mental Health, Geneva, 1990. (WHO / MNH / MEP / 87. 1, Rev.4).

ภาคผนวก

1. ประวัติผู้วิจัย
2. รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม
3. แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายทวี ตั้งเสรี
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Tavee Tangseree
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 1.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-0135
โทรสาร 0-4322-4722
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2523
 - 1.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ในปี พ.ศ. 2529
- 1.5 ผลงานวิจัย
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 2 เรื่อง
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546) ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546) ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - 1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย (2543)
 - (2) ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2544

ประวัติผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Khanogwan Kittiwattanacul
 - 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 7
 - 1.3 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1872-4140
โทรสาร 0-4322-4722
 - 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2534
 - 1.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา จิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2538
 - 1.5 ผลงานวิจัย ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง
 - 1.5.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - 1.5.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom
 - 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169
 - 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
 - 2.3 สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-9207
โทรสาร 0-4322-0-4722
 - 2.4 ประวัติการศึกษา
 - 2.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526
 - 2.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2532

2.5 ผลงานวิจัย ที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

2.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 9 เรื่อง

- (1) การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2536)
- (2) การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัว ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2538
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2539
- (3) การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด HIV แบบกลุ่มแก่หญิงมีครรภ์ ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ (2540)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2540
- (4) การศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเอง ด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
- (5) ผลการดำเนินงานการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
- (6) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จ. สกลนคร ใน ปี พ.ศ. 2542
- (7) ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร ปี 2542
 - ได้รับรางวัลผลงานดีเด่น อันดับ 3 ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2542
- (8) การประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (2542)
- (9) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2544)

2.5.2 ผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 36 เรื่อง

- (1) ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (2535)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ.ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2534
- (2) การศึกษาผู้ป่วยหลบหนีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (3) การสำรวจปัญหาทางทันตสุขภาพและความต้องการบริการทางทันตกรรมผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (4) การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ (2537)
- (5) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538
- (6) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- (7) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความชุกของโรคจิตในชุมชน บ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น (2538)

- (8) การศึกษาการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (9) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (10) การศึกษา ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงาน การให้การปรึกษาในเครือข่ายเขต 6 (2538)
- (11) การศึกษากรณีอุปทานหมู่ในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านประชาสุขสันต์ ตำบลขมิ้น อำเภอมือ จังหวัดสกลนคร (2539)
- (12) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (2539)
- ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ. ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2538
- (13) การศึกษาการบริการส่งต่อทางไปรษณีย์ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (14) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (15) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการยอมรับตนเองและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุในชมรมข้าราชการเกษียณอายุ จ. ขอนแก่น (2539)
- (16) การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
- (17) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (18) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรคลายเครียดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 6 (2542)
- (19) การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการคลายเครียดของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (20) การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2542)
- (21) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2542)
- (22) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระดับความวิตกกังวลทางจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)
- (23) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (24) องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (25) การประเมินผลโครงการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน แบบครบวงจรอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (26) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)

- (27) การประเมินผลโครงการ ISO 9002 : การพัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2544)
- (28) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2543)
- (29) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
- (30) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
- (31) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (2544)
- (32) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)
- (33) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ
Logical Framework
- (34) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
- (35) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
- (36) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546)

หมายเหตุ ทั้งหมดที่นำเสนอเป็นผลงานที่จัดทำเป็นเอกสาร หรือเผยแพร่ในที่ประชุมวิชาการต่างๆ
เรียบร้อยแล้ว

- 3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) น.ส. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์
(ภาษาอังกฤษ) Miss. Thatsani Kunchanaphongphan
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 6
- 3.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1498-9845
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
 - 3.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2541
 - 3.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา
จิตเวชศาสตร์ จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2545
- 3.5 ผลงานวิจัย ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง
 - 3.5.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - 3.5.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ- สกุล (ภาษาไทย) นางละเอียด ปัญโญใหญ่
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Laiad Punyoyai
 - 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 8
 - 1.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-9942-5016
โทรสาร 0-4322-4722
 - 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 การศึกษาระดับบัณฑิต (วิชาเอกพยาบาล) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
ในปี พ.ศ. 2529
 - 1.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากวิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา
ในปี พ.ศ. 2528
 - 1.5 ผลงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย จำนวน 3 เรื่อง
 - 1.5.1 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการรณรงค์บำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
 - 1.5.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการยอมรับตนเองและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของ
ผู้สูงอายุในชมรมข้าราชการเกษียณอายุ จ.ขอนแก่น ปี 2539
 - 1.5.3 การประเมินการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับบุคลากร
สาธารณสุข (2542)
 - 1.6 ผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 10 เรื่อง
 - 1.6.1 การศึกษาการหลบหนีของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
 - 1.6.2 การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการ
ค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
 - 1.6.3 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในคลินิก
ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
 - 1.6.4 การศึกษากรณีอุปทานหมู่ในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านประชาสุขสันต์ ตำบลหมื่น อำเภอเมือง
จังหวัดสกลนคร (2539)
 - 1.6.5 การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัวของ
กรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2538 (2539)
 - 1.6.6 การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญา ในผู้สูงอายุ (2537)
 - 1.6.7 ผลการดำเนินงานการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เรื่องโรคเอดส์
ในเขต 6 (2541)
 - 1.6.8 การศึกษาความต้องการในการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
ของผู้ให้บริการ (2541)

1.6.9 การประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตร การให้การปรึกษาเรื่อง โรคเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ ในชุมชน (2542)

1.6.10 การประเมินผลการสัมมนาการสนับสนุนบทบาทด้านสุขภาพจิตสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ในชุมชน (2541)

2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางธีราพร มณีนาถ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Theeraporn Maneenart

2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7

2.3 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ชาติสงฆ์ อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2304
โทรสาร 0-4322-4722

2.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาล ผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2517

2.4.2 ประกาศนียบัตร การพยาบาลระบบประสาทและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลประสาท พญาไท กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2519

2.4.3 ประกาศนียบัตร สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2526

2.5 ผลงานวิจัย เป็นผู้ร่วมวิจัย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

2.5.1 การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัว ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2538

2.5.2 การศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหา ในการปฏิบัติงานของ อสม.ในโครงการค้นหาและดูแล ผู้ป่วยโรคจิต ติดยา และปัญญาอ่อน (2539)

2.5.3 การศึกษาระดับความเครียดผู้ให้การปรึกษา เขต 6 ปี พ.ศ. 2542

3. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวดี ศรีวิเศษ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Suwadee Sriviset
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
- 3.3 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2304
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
- 3.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
ในปี พ.ศ. 2522
- 3.5 ผลงานวิจัย ที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปี ที่ผ่านมา)
- 3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
- (1) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบประชุมสัมมนา (ได้รับรางวัลที่ 1
ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538)
- 3.5.2 ผู้ร่วมวิจัย 12 เรื่อง
- (1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร
ปี พ.ศ. 2542
- (2) ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนครปี 2542
- ได้รับรางวัลผลงานดีเด่นอันดับ 3 ด้านการพัฒนาศักยภาพสุขภาพจิต และจิตเวชจาก
กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2542
- (3) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน
สุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2544)
- (4) การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการคลายเครียดของเครือข่าย
ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (5) การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภวาริชภูมิ
จังหวัดสกลนคร (2542)
- (6) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (7) องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (8) การประเมินโครงการการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร
อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (9) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)
- (10) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร (2543)
- (11) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (2544)
- (12) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ
Logical Framework (2545)

4. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางภาวิณี สถาพรธีระ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Pawinee Sataporntheera
- 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
- 4.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 , 0-1057-2496
โทรสาร 0-4322-4722
- 4.4 ประวัติการศึกษา
- 4.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
ในปี พ.ศ. 2536
- 4.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
ในปี พ.ศ. 2543
- 4.5 ผลงานวิจัย -

รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

1. นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี	นายแพทย์ 9
2. แพทย์หญิงกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ 7
3. แพทย์หญิงทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	นายแพทย์ 6
4. แพทย์หญิงสุภารัตน์ พงษ์เมธา	นายแพทย์ 6
5. นายแพทย์จุมภฏ พรหมลีดา	นายแพทย์ 8
6. นายแพทย์พีระ พุทธิพรโอภาส	นายแพทย์ 6
7. นายแพทย์อิทธิชัย นาคสมบุรณ์	นายแพทย์ 5
8. นางละเอียด ปัญโญใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ 8
9. นางวัชณี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 7
10. นางสาวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 7
11. นางธีราพร มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ 7
12. นางวารุณี ตั้งเสรี	พยาบาลวิชาชีพ 7
13. นายสุบิน สมน้อย	พยาบาลวิชาชีพ 7
14. นางสาวพิน พิมพ์เสน	พยาบาลวิชาชีพ 7
15. น.ส. นวพร ศรีโอรุ	พยาบาลวิชาชีพ 6
16. นางพิมพ์ภัตสร แสงบัณฑิต	พยาบาลวิชาชีพ 5
17. น.ส. ผอูนรัตน์ กลางมณี	พยาบาลวิชาชีพ 3
18. นางอาบบุญ แดงวิบูลย์	พยาบาลเทคนิค 5
19. นางเครือวัลย์ ชาญนวงศ์	พยาบาลเทคนิค 6
20. นายทิพากร ปัญโญใหญ่	นักจิตวิทยา 8
21. นางกานดา ผาวงศ์	นักจิตวิทยา 6
22. นายธนิต โคตมะ	นักสังคมสงเคราะห์ 7
23. นางไพลิน ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 6
24. นายจุมพล เมืองเก่า	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 6
25. นางถนอม ปัญเศษ	ผู้ช่วยทันตแพทย์ 6
26. น.ส. ทิพย์วัลย์ มาเพชร	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 4
27. นายนิคม เพี้ยอัม	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5
28. นางทองใบ เหล่าสมบัติ	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 6
29. นางนันทพัชร ปุริสาร	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5
30. นางบิ่งอร ศรีพุทธชา	คนงาน
31. นายพิมล ก้อนเป็ล	พนักงานขับรถ
32. นายอาคม อินทรสันต์	พนักงานขับรถ

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 33. นายสุภชัย สิงห์คำป้อง | พนักงานขับรถ |
| 34. นายสุพจน์ ใจตรง | พนักงานขับรถ |
| 35. นายสุนันท์ สีหาราช | พนักงานขับรถ |

แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบอุทกภัย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำชี้แจง.....

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา

2. ให้ผู้สัมภาษณ์สอบถามข้อมูลจากผู้ประสบอุทกภัยโดยตอบคำถามให้ครบทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัย การบำบัด รักษาและติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง

3. ให้ผู้สัมภาษณ์สรุปคะแนนของแบบวัดความเครียดและโรคซึมเศร้า ในส่วนที่ 5 การวินิจฉัย และการบำบัด รักษา ก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. นาย / นาง / น.ส.....สกุล.....

2. อายุ.....ปี

3. ที่อยู่ ปัจจุบัน.....

4. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ 6. ปริญญาตรี

☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม

☐ 2. รับจ้าง

☐ 3. รับราชการ

☐ 4. ค้าขาย

☐ 5. แม่บ้าน

☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนของผู้วิจัย

Id ☐

Sex ☐

Age ☐

Pro ☐

Edu ☐

Occ ☐

6. สถานภาพสมรส

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ 1. โสด | ☐ 4. หย่า/ร้าง |
| ☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน | ☐ 5. หม้าย |
| ☐ 3. คู่แยกกันอยู่ | |

7. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคและตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. โรคหัวใจ | ☐ 6. หลอดลมอักเสบเรื้อรัง |
| ☐ 2. โรคความดันโลหิตสูง | ☐ 7. อัมพาต |
| ☐ 3. ข้ออักเสบ | ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)..... |
| ☐ 4. มะเร็ง | ☐ 9. ไม่มีปัญหาเรื่องใดเลย |
| ☐ 5. เบาหวาน | |

ส่วนของผู้วิจัย

Sta ☐

Hea ☐

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุทกภัย

1. ความเสียหายที่ได้รับ (ระบุรายละเอียด)

1. ที่อยู่อาศัย.....
2. ที่ทำการเกษตร (ไร่นา,สวน).....
3. มีผู้เสียชีวิตจากภavnน้ำท่วม (ระบุ).....
4. ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับ.....บาท

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับภavnน้ำท่วมหรือไม่

(ตามความคิดเห็นความรู้สึกของผู้รับบริการ)

- ☐ 1. ไม่เกี่ยวกับภavnน้ำท่วม
- ☐ 2. เป็นผลกระทบจากภavnน้ำท่วม
- ☐ 3. มีภาวะเครียดอยู่ก่อนและเพิ่มมากขึ้นหลังจากเกิดภavnน้ำท่วม
- ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

3. ท่านได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างเมื่อเกิดน้ำท่วม

- ☐ 1. อาหาร
- ☐ 2. เครื่องนุ่งห่ม
- ☐ 3. ยารักษาโรค
- ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

4. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับหรือไม่

- ☐ 1. ไม่พอใจ
- ☐ 2. พึงพอใจเล็กน้อย
- ☐ 3. พึงใจมาก
- ☐ 4. พึงใจมากที่สุด

ในกรณีที่ตอบว่าไม่พอใจ หรือพึงพอใจเล็กน้อย กรุณาระบุรายละเอียด

.....
.....

5. ท่านยังต้องการการช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง

เรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก

- 5.1.....
- 5.2.....
- 5.3.....

ส่วนของผู้วิจัย

Los ☐

Est ☐

Rel ☐

Hel ☐

Sat ☐

Nee ☐

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะ ในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กลัมน้ำท้องหรือปวด					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อยๆ					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ มีความรู้สึกหรืออาการเหล่านี้ ซึ่งผิดไปจากปกติหรือไม่ “รู้สึกหดหู่ใจ ไม่มีความสุข เศร้าหมอง เกือบทุกวัน หรือเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใครเลย” ถ้าผู้รับบริการไม่มีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าวแสดงว่าไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าและไม่ต้องการประเมินต่อไป แต่หากผู้รับบริการมีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าว ให้ประเมินภาวะซึมเศร้าจากผู้รับบริการ โดยให้ตอบคำถามในแบบประเมินภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. น้ำหนักลด	☐	☐
2. นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย	☐	☐
3. วุ่นวายใจ หรือเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร	☐	☐
4. รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	☐	☐
5. รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกไม่มีค่า	☐	☐
6. รู้สึกขาดสมาธิ คิดสนใจเรื่องง่ายๆ ไม่ได้	☐	☐
7. มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ	☐	☐

ส่วนที่ 5 การวินิจฉัยและการรักษา

1. ผลการประเมินแบบวัดความเครียด และภาวะซึมเศร้า

1.1 ระดับของความเครียด

- ☐ 1. เครียดน้อย (0-23)
☐ 2. เครียดปานกลาง (24-41)
☐ 3. เครียดสูง (42-61)
☐ 4. เครียดรุนแรง (62 ขึ้นไป)
☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

1.2 คะแนนภาวะซึมเศร้า

- ☐ 1. ไม่มีอาการ
☐ 2. มี 1 หรือ 2 ข้อ
☐ 3. ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป
☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

2. อาการสำคัญ.....
.....
.....
.....

3. การวินิจฉัยโรค.....

4. การรักษา.....
.....
.....
.....

5. การส่งต่อเพื่อให้การปรึกษาหรือคลายเครียด

- ☐ 1. ส่งต่อ ☐ 2. ไม่ส่งต่อ

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

6. ผลการให้การปรึกษาหรือคลายเครียด.....

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้ให้การปรึกษา.....

ส่วนของผู้วิจัย

Str ☐

Dep ☐

Chi ☐

Dia ☐

Tre ☐

Ref ☐

Csg ☐